



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Promoção do Ambiente Terapêutico no Internamento do Adolescente em Sofrimento Mental

Diana Patrícia dos Santos Cunha

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Promoção do Ambiente Terapêutico no Internamento do Adolescente em Sofrimento Mental

Diana Patrícia dos Santos Cunha

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

“Até uma noite acordei muito aflito e a gritar: Vou morrer, vou morrer.

— O que foi? perguntou o meu pai, diz-me, eu sou o teu pai, eu mato aquilo de que tu tens medo.

Eu apontei na direção da janela e disse: Aquela coisa preta. Enquanto a minha mãe, a minha avó e a minha tia se afadigavam de um lado para outro, o meu pai foi buscar a espingarda de cinco tiros, apareceu no quarto, muito calmo, e perguntou-me outra vez:

— O que é, diz-me o que é e onde?

Eu repeti: — Aquela coisa preta.

Então o meu pai apontou na direção da janela e disparou cinco tiros seguidos. Voaram os vidros, choveram estilhaços, ficou tudo estarecido, mas eu senti subitamente uma grande paz dentro de mim. Olhei para o meu pai e comecei a rir. Ele abraçou-me e riu. Riu e chorou. Creio que foi uma das grandes alegrias da vida dele. E um dos momentos de absoluta cumplicidade entre nós. Um e outro, sem palavras, compreendemos imediatamente: ele tinha acertado naquela coisa preta”.

Alma

Manuel Alegre

(Alegre, 2008, pp. 29-30)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Lino Ramos, pela paciência no esclarecimento de dúvidas e pelo bom humor e contributo fulcral na organização das ideias, que permitiram atenuar medos e inseguranças que surgiram ao longo desta caminhada.

Às enfermeiras Marisa, Manuela e Lurdes pelo apoio incondicional, disponibilidade e partilha dos seus vastos conhecimentos em Enfermagem de Saúde Mental, “puxando” por mim porque acreditavam nas minhas capacidades, mesmo quando eu duvidava de mim.

Aos enfermeiros das equipas de enfermagem que integrei durante a realização dos estágios, pela forma como me receberam e integraram, estando sempre disponíveis para me ensinar e tirar dúvidas.

Às minhas colegas de Mestrado e do trabalho, pela partilha de experiências e incentivo positivo para ser cada vez melhor e de que “sou capaz”.

Ao meu namorado Diogo, à minha família e aos meus amigos, um agradecimento especial pela compreensão das ausências, falta de disponibilidade para estar mais presente e ser a Diana que conheciam.

A todas as pessoas de quem pude cuidar ao longo desta caminhada, mas em especial às crianças e adolescentes com quem me cruzei durante o estágio, que tão bem me receberam e que me permitiram vivenciar e experienciar sentimentos e emoções que nunca esquecerei, promovendo o meu autoconhecimento e crescimento enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental. Obrigada por todas as sugestões e contribuições para que a qualidade das minhas intervenções melhorasse e me fizesse sentir que estava a fazer a diferença.

Levo a todos no meu coração.

RESUMO

Este relatório de estágio tem como finalidade descrever e analisar o percurso realizado durante os estágios realizados numa unidade de internamento de psiquiatria de adultos, e posteriormente numa unidade de pedopsiquiatria, onde foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista e de mestre, com o objetivo de obter o grau de Mestre em Enfermagem no ramo da Saúde Mental e Psiquiátrica. Concomitantemente, também é apresentado o Projeto de Intervenção em Serviço, desenvolvido durante o estágio na unidade de internamento de pedopsiquiatria.

Recorrendo aos pressupostos da metodologia de trabalho de projeto, foi realizada uma revisão integrativa de literatura e posteriormente uma formação em serviço. Através desta revisão pretendia-se investigar quais as intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental. Verificou-se que a terapia pelo meio tem sido inadequadamente investigada e desenvolvida pelos Enfermeiros, existindo escassa literatura que suporte as intervenções de enfermagem que promovem um ambiente terapêutico estruturado e saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de Saúde Mental; Ambiente Terapêutico; Competências;

ABSTRACT

The purpose of this internship report is to describe and analyze the pathway performed during internships in an adult psychiatric inpatient unit, and later in a pediatric psychiatry unit where competences of specialist nurse and teacher were developed, with the objective of obtaining a Master's Degree in Nursing in the field of Mental and Psychiatric Health. At the same time, the Service Intervention Project, developed during the internship at the pediatric inpatient unit, is also presented.

Based on the presupposed of project methodology, an integrative review of literature was carried out, followed by in-service formation. Through this review it was intended to investigate which Nursing interventions promote the therapeutic environment in the internment of adolescents in mental suffering. It has been verified that the therapy through the medium has been inadequately investigated and developed by the Nurses, and there is scarce literature that supports the nursing interventions that promote a structured and healthy therapeutic environment.

KEYWORDS: Nursing in Mental health; Therapeutic environment; Skills;

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Metodologia utilizada para a formulação da questão de investigação	29
Tabela 2- Extração dos resultados.....	31

ABREVIATURAS

Nº – Número

Cit. – Citando

Ed. – Edição

SIGLAS

APA – American Psychology Association

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV – Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

FE – Fornecer Estrutura

FICSAM – Festival Internacional de Cinema e Saúde Mental

ME – Mestre em Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

PIA – Psiquiatria da Infância e Adolescência

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento

SMIA – Saúde Mental da Infância e Adolescência

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	13
1. Enquadramento Teórico	13
1.1. Ambiente terapêutico	13
1.1.1. Atitudes gerais e específicas do ambiente terapêutico	15
1.2. Ambiente terapêutico no internamento de Saúde Mental da Infância e Adolescência.....	16
1.3. Adolescência e sofrimento mental.....	17
2. Contributos da Teoria de Hildegard Peplau na Compreensão da Importância de Cuidar a Pessoa e do seu Ambiente.....	21
3. Descrição da Unidade de Saúde.....	24
4. Identificação da Problemática	25
5. Percurso Metodológico do Projeto	28
5.1. Metodologia	28
5.2. Apresentação e discussão dos resultados	31
5.2.1. Discussão dos resultados.....	34
5.2.2. Conclusão.....	39
5.3. Formação em serviço.....	41
5.3.1. Desenho do Plano de Formação em Serviço	42
5.3.2. Avaliação	43
PARTE II – ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM44	
1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	46
2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	51
3. Competências de Mestre em Enfermagem	62

CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICES	LXXIV
Apêndice I – Artigo RIASE: Revisão Integrativa de Literatura sobre o Ambiente Terapêutico no Internamento de Adolescentes em Sofrimento Mental	LXXV

INTRODUÇÃO

O presente relatório, de índole académica, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Relatório” inserida no 2º Curso de Mestrado em Associação das Escolas de Enfermagem, ramo de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, designadamente, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este trabalho tem como finalidade a apresentação do relatório dos estágios realizados numa unidade de internamento de psiquiatria de adultos com doença mental aguda na Margem Sul do Tejo e numa unidade de internamento de Saúde Mental Infanto-Juvenil na área da grande Lisboa, onde foi realizado um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS); bem como a análise do processo de desenvolvimento de competências de especialista e de mestre, com o objetivo de obter o grau de Mestre em Enfermagem (ME) em Saúde Mental e Psiquiátrica, através de uma descrição sistematizada e organizada das atividades realizadas ao longo dos estágios, que permitiram a aquisição destas competências.

O PIS desenvolvido na unidade de internamento de Saúde Mental Infanto-Juvenil, consistiu na realização de uma Revisão Integrativa de Literatura sobre o “Ambiente Terapêutico no internamento de Adolescentes em sofrimento mental – Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica” e posteriormente, a realização de uma formação em serviço, com o intuito de promover uma prática baseada na evidência (PBE).

A PBE caracteriza-se por uma abordagem dirigida à prática clínica e à fundamentação desta prática, através do conhecimento atualizado e evidência científica (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Considerando a quantidade de informação e a complexidade dos cuidados na área da saúde, é imprescindível o desenvolvimento/produção de conhecimento baseado na evidência científica, capaz de delimitar etapas metodológicas mais concisas e proporcionar aos profissionais de saúde a melhor utilização da evidência elucidada em inúmeros estudos. Neste sentido, a revisão integrativa de literatura surge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática clínica (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

A revisão de literatura é um processo que consiste em fazer um inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes, sobre um domínio de investigação (Fortin, 1999). A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação (Fortin, 1999).

Assim sendo, uma profissão complexa como a de Enfermagem pressupõe uma formação que permita o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, de forma a permitir adaptação às mudanças e evoluções que surgem, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e consequentemente, ganhos em saúde (Ferreira, 2015).

Neste âmbito surge a formação em serviço, como um instrumento de atualização dos conhecimentos, que pode ser definida como um “conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objetivo de introduzir uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos empregados no trabalho” (Rego, et al., 2008).

Nesta linha de pensamento, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002) define que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, ressaltando que esta organização é possível através da “existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2002, p.15).

Sabendo que o ambiente é um elemento fundamental nos cuidados de Enfermagem, tal como descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem da OE (2002), devendo a intervenção dos enfermeiros focalizar-se “na complexa interdependência pessoa/ambiente” (OE, 2002, p.7), e compreendendo que são os enfermeiros que prestam cuidados às pessoas 24 horas por dia, sendo ambos diretamente afetados pelo ambiente, a responsabilidade major pela criação e manutenção do ambiente terapêutico é da equipa de Enfermagem.

Peplau conceptualiza na sua Teoria das Relações Interpessoais que é através do uso que o enfermeiro faz de si mesmo quando intervém com a pessoa/cliente, que influencia os cuidados de Enfermagem, tornando todas as situações do cuidado em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal do cliente, sendo dever do mesmo, promover uma atmosfera segura e propícia ao desenvolvimento da pessoa/cliente (George, 2000).

Neste sentido, o PIS sobre o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental, surgiu pelo interesse de compreender e identificar que intervenções o enfermeiro, e especificamente o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP),

realiza que promove o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental, contribuindo assim, para a PBE científica.

Considerando os pressupostos anteriormente referidos, os objetivos delineados para este relatório consistem em:

- ✓ Apresentar o PIS desenvolvido, baseado e suportado na evidência científica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados em Enfermagem, no que concerne às intervenções do EESMP que promovem o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental;
- ✓ Apresentar os resultados obtidos através da revisão integrativa de literatura e formação em serviço;
- ✓ Realizar uma análise detalhada de todo o processo de aquisição de competências de EESMP e ME.

Estruturalmente, este relatório inicia-se com a introdução, seguindo-se o desenvolvimento, que se encontra dividido em duas partes.

A Parte I – Projeto de Intervenção em Serviço, subdivide-se em quatro pontos fundamentais: enquadramento teórico onde é contextualizado o ambiente terapêutico e as definições de adolescente e sofrimento mental; contributos da teoria da Hildegard Peplau na compreensão da importância de cuidar a pessoa e do seu ambiente; descrição da unidade de saúde e identificação da problemática; e por fim, o Percurso Metodológico do PIS.

Na Parte II – Desenvolvimento das competências comuns e específicas do Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e das competências de Mestre em Enfermagem, onde é realizada uma análise de todo o processo de aprendizagem realizado no estágio final que permitiu a aquisição destas competências, tendo por base o quadro referencial teórico de Patrícia Benner, subdivididas em três pontos: análise do processo de aquisição das competências comuns; das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; e por fim, das competências do Mestre em Enfermagem.

De seguida, surgem as considerações finais, onde é feita uma avaliação dos objetivos propostos e um balanço sobre todo o percurso realizado na construção deste relatório e do PIS. Por fim, surgem os apêndices deste relatório que complementam a informação desenvolvida no corpo do relatório.

Este relatório redige-se seguindo as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico português e da norma da *American Psychological Association (APA)* – 6ª edição.

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1. Enquadramento Teórico

1.1. Ambiente terapêutico

A terapia que envolve o *milieu* ou ambiente, é denominada de *milieu therapy* ou ambiente terapêutico (Townsend, 2011). *Milieu* é uma palavra francesa para ambiente, em que no seu sentido literal, *mi* refere-se a meio, e *lieu* a lugar; neste sentido, os termos ambiente/meio são usados como *milieu* (Kyes & Hofling, 1985).

Um ambiente terapêutico significa “um ambiente que é favorável à saúde dos pacientes” (Kyes & Hofling, 1985, p. 498), e consiste em manipular o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar da pessoa sejam considerados terapêuticos (Townsend, 2011).

Uma vez que os profissionais de Enfermagem prestam cuidados às pessoas/clientes por um período mais longo do que qualquer outro profissional, sendo ambos diretamente afetados pelo ambiente, a responsabilidade major pela criação e manutenção do ambiente terapêutico é da equipa de Enfermagem (Taylor, 1992).

Os objetivos do ambiente terapêutico consistem em “ajudar o indivíduo a aumentar a sua autoestima e sentimentos de valor pessoal, melhorar a sua capacidade para relacionar-se com os outros e possibilitar que trabalhe e viva de forma mais atuante na comunidade” (Taylor, 1992, p. 90).

Desta forma, Taylor (1992) define como principais características do ambiente terapêutico:

1. “As necessidades físicas da pessoa/cliente são satisfeitas;
2. A pessoa/cliente é respeitada como um indivíduo que possui direitos, necessidades e opiniões, sendo encorajado a expressá-los;
3. A autoridade para tomar decisões está claramente definida e é distribuída apropriadamente entre a pessoa/cliente e a equipa;
4. O cliente é protegido de causar ferimentos a si próprio e aos outros, sofrendo apenas as restrições necessárias que permitam essa proteção;
5. A pessoa/cliente recebe crescentes oportunidades para a liberdade de escolha, de acordo com a sua capacidade para tomar decisões;
6. Toda a equipa, particularmente a equipa de Enfermagem, permanece constante;

7. O ambiente oferece espaço para testes que possam estabelecer novos padrões de comportamento;
8. A interação social entre os clientes e a equipa é indispensável, sendo importante que a estrutura física e aparência do ambiente facilitem essa interação;
9. A programação é estruturada, mas flexível” (Taylor, 1992, p. 91).

Kyes & Hofling (1985) descrevem que a primeira e mais notável característica de um ambiente terapêutico é a preocupação e o interesse pelo que acontece às pessoas/clientes 24 horas por dia, considerando que cada período do dia é um momento importante do tratamento e no processo de recuperação da pessoa/cliente (Kyes & Hofling, 1985).

Atividades como “comer, dormir, socializar, receber medicações e tratamento a tender às necessidades e interesses pessoais dos pacientes” são consideradas importantes, sendo que no ambiente terapêutico todo o tipo de interações existentes entre as pessoas/clientes e entre as pessoas/clientes e a equipa são considerados significativos (Kyes & Hofling, 1985, p. 499).

Kyes & Hofling (1985) evidenciam que a promoção de um ambiente terapêutico proporciona a criação de um lugar onde a pessoa/cliente pode expressar os seus sentimentos e desejos, visando dar ao cliente oportunidades para vivenciar e testar situações de maneira realista, trazendo-lhe novos conhecimentos a respeito de si mesmo, aumentar a sua autoestima e segurança, e estimular o seu potencial para um crescimento positivo (Kyes & Hofling, 1985).

Mais especificamente, o ambiente terapêutico “considera as necessidades do paciente individual em relação às necessidades do grupo de pacientes com os quais ele vai interagir durante todo o dia” (Kyes & Hofling, 1985, p. 499).

Assim, para que ocorram resultados eficientes é necessária uma contínua avaliação do comportamento e das necessidades de cada pessoa/cliente e do grupo na sua totalidade.

Para além disso, deve-se considerar neste processo os familiares e pessoas significativas da pessoa/cliente, por se constituírem como uma parte significativa da vida destas pessoas, e desta forma, compreender de que forma estas pessoas afetam a doença do cliente, a hospitalização e os planos de tratamento futuro (Kyes & Hofling, 1985).

Neste sentido, Taylor (1992) evidencia que o ambiente só pode ser verdadeiramente terapêutico se as pessoas/clientes forem tratadas de forma holística, sendo que as necessidades físicas são tão importantes quanto as necessidades emocionais. Como tal, a equipa de Enfermagem deve avaliar continuamente como cada pessoa/cliente age de um modo abrangente e holístico (Taylor, 1992).

Uma vez asseguradas as condições para que o ambiente considere as necessidades físicas do cliente, deverá ser assegurado o aspecto socio-emocional.

Para ser terapêutico, é preciso que exista respeito pela pessoa/cliente como um ser humano que possui dignidade e valor, respeitando a sua opinião e direitos, vendo-o como um aliado indispensável para a formulação e implementação do seu plano de tratamento (Taylor, 1992).

O ambiente sendo terapêutico oferece proteção à pessoa/cliente, evitando causar danos a si mesmo e aos outros, mas também significa ajudar a pessoa/cliente a decidir sobre questões importantes da sua vida, para as quais não está preparado (Taylor, 1992).

Em suma, Kyes & Hofling (1985) definem o ambiente terapêutico como um “ambiente de vida dinâmico e flexível, que leva em conta as necessidades específicas de uma paciente individual e um grupo de pacientes num meio específico, para promover experiências de vida positivas e alterações positivas da saúde” (Kyes & Hofling, 1985, p. 499).

1.1.1. Atitudes gerais e específicas do ambiente terapêutico

A atmosfera de uma enfermaria é essencialmente criação do enfermeiro, havendo muita margem para a criatividade e improvisação, formando a estrutura necessária sobre cuja base pode-se realizar o ambiente terapêutico.

Uma das atitudes mais importantes no ambiente terapêutico é a atitude terapêutica, sendo que os detalhes de uma terapia pela atitude só podem ser estruturados depois da pessoa/cliente estar no internamento tempo suficiente para a equipa multidisciplinar realizar as suas avaliações e posteriormente ser realizada uma reunião de equipa, na qual os membros da equipa apresentam os dados colhidos, estruturando assim a experiência hospitalar da pessoa/cliente em múltiplos aspetos, para que se exerça o máximo efeito terapêutico (Kyes & Hofling, 1985).

Na promoção de um ambiente terapêutico é importante existir o estabelecimento de regras para todos os clientes, o que é designado de estabelecimento de limites, sendo importante existir firmeza na observância dos limites e que todos as cumpram.

Contudo, apesar da existência de limites apropriados seja essencial para o estabelecimento de um ambiente terapêutico, a equipa de enfermagem e restantes técnicos devem estabelecer o mínimo possível de regras e regulamentos para o comportamento das pessoas/clientes e restringir as atividades apenas quando isso for estritamente necessário, sendo importante oferecer

oportunidades para a liberdade de escolha, e à medida que o cliente apresenta capacidade de decisão e responsabilidade, aumentam também as oportunidades de tomar mais decisões (Taylor, 1992).

1.2. Ambiente terapêutico no internamento de Saúde Mental da Infância e Adolescência

A Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA) é uma especialidade de uma área de cuidados particular, quer de saúde mental, quer de pediatria, que segundo Coimbra de Matos (2011) se define como “uma ciência complexa e uma arte refinada; como complexos e subtis são os sistemas vivos e criadores com que lidamos – a criança (...) e a família”(Coimbra de Matos, 2011, p. 208).

Associada a esta diversidade nos cuidados e intervenção, Coimbra de Matos (2011) refere que o instrumento terapêutico dos cuidados de enfermagem em SMIA é o enfermeiro, o que resulta numa maior subjetividade do cuidado (Coimbra de Matos, 2011).

Segundo o autor, na Psiquiatria da Infância e Adolescência (PIA), a relação desenvolve-se entre a criança/adolescente/família e o terapeuta, que são portadores de características específicas e de uma permeabilidade quando em interação um com o outro, defendendo que se deverá esperar pelas capacidades da criança/adolescente para a resolução dos seus problemas, tendo consciente que no cuidado à pessoa, o terapeuta transporta sempre algum grau de subjetividade, que poderá prejudicar a resposta pretendida e adaptada do cliente (Coimbra de Matos, 2011).

Como estratégias para moderar a subjetividade da intervenção, Coimbra de Matos (2011) sugere três estratégias a incrementar pela equipa: o “autoconhecimento (...), a supervisão do trabalho e (...) a discussão em grupo”, estratégias essas, que são fundamentais e utilizadas no ambiente terapêutico, como foi descrito anteriormente (Coimbra de Matos, 2011, p. 208).

Na PIA, o conceito do ambiente terapêutico deriva da necessidade de contrariar os efeitos negativos do internamento, estimulando a criança e adolescente a tornarem-se menos dependentes e a colaborarem ativamente, através da interação no grupo, no tratamento de todos (Monteiro, 2014).

Monteiro (2014) menciona que, os “edifícios e arquitetura destes serviços devem estar adequados às necessidades quotidianas de uma criança ou jovem com este tipo de perturbações”, apresentando áreas de lazer, ocupação, divertimento, atividade física e espaço exterior (Monteiro, 2014, p. 443).

A pressão do grupo é considerada um instrumento poderoso quando devidamente enquadrada, potenciando “a melhora da autoestima, a autonomia, a responsabilidade, promove a socialização, o respeito pelos pares e a empatia” (Monteiro, 2014, p. 444).

O processo de construção do ambiente terapêutico pode ser difícil, contudo, é a forma mais adequada de conseguir que os jovens se sintam livres para experimentar mudanças comportamentais e discutam os seus problemas sem terem medo de serem julgados ou reprimidos (Monteiro, 2014).

A exposição aos problemas dos outros membros do grupo, desenvolve “a empatia e a compreensão, reduz a sensação de estar só e ajuda a criar novas ideias sobre como lidar com as suas próprias dificuldades” (Monteiro, 2014, p. 444).

A grande diversidade de apresentação de quadro psicopatológicos durante a adolescência, exige das equipas multidisciplinares uma elevada diferenciação para permitir o diagnóstico e a implementação de intervenções adequadas às várias etapas do desenvolvimento e às características do adolescente (Direção-Geral Saúde, 2018).

As problemáticas da ansiedade, da depressão, do risco de suicídio têm uma prevalência significativa nesta faixa etária. As perturbações do comportamento e as patologias aditivas começam a tornar-se cada vez mais frequentes, requerendo especificidades ao nível da avaliação e tratamento. Para além disso, é também nesta fase do desenvolvimento dos jovens que as perturbações do comportamento alimentar têm uma maior prevalência e que surgem os primeiros surtos psicopatológicos (Direção-Geral Saúde, 2018).

Neste sentido, a figura do enfermeiro, e principalmente do EESMP, enquanto promotor de saúde mental no internamento e principal gestor do ambiente terapêutico, é fundamental, por permitir proporcionar ao adolescente um espaço terapêutico, tranquilo e onde se sinta emocionalmente confortável, através de uma avaliação constante e intervenção precoce.

1.3. Adolescência e sofrimento mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como um processo fundamentalmente biológico, durante o qual ocorre o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade (Organização Mundial de Saúde, 1986).

Este processo, é compreendido entre as idades dos 10 e dos 19 anos e está dividido nas etapas de pré-adolescência (dos 10 aos 14 anos); de adolescência (de 15 a 19 anos); e de juventude, o período entre os 15 e os 24 anos (Organização Mundial de Saúde, 1986).

Segundo Monteiro (2014) este é um período de transição entre a criança e o adulto, caracterizada por mudanças, oportunidades e desafios ao nível psicológico, biológico e social. É “frequentemente referida como um período da vida criativo e de grande emocionalidade” e complexidade, onde ocorre a “maturidade psicológica, a autonomia, a identidade ou o estatuto de adulto conferido pelo emprego ou pelo casamento” (Monteiro, 2014, p. 339).

Seguindo esta linha de pensamento, a adolescência é pautada por múltiplas escolhas para o adolescente, e segundo Silva & Deus (2005):

“num mundo de incertezas e de (re)definições constantes, ela traduz-se por uma vivência de angústia, de medo e de incerteza, face às mudanças, quer físicas, quer psíquicas, que ocorrem sistematicamente e a uma velocidade alucinante, que o adolescente tem muitas vezes dificuldade em acompanhar” (Silva & Deus, 2005, p. 151).

Neste sentido, para que a adolescência evolua com “progressiva maturidade, criatividade, autonomia e saúde mental, é necessário que a criança consiga reunir algumas características”, tais como “competências sociais, persistência, sentido de humor, capacidade de adaptação e flexibilidade, e que tenha um bom suporte familiar e comunitário”, de forma a ter resiliência para lidar com as adversidades e mudanças do quotidiano (Monteiro, 2014, p. 340).

Apesar da adolescência ser um período de continuidade de criança para adolescente, em que na sua maioria, ocorre sem grandes sobressaltos, os estudos epidemiológicos têm mostrado que apesar de cerca de três quartos dos adolescentes atravessarem a adolescência sem perturbações, os restantes, em algum período da sua transição, apresentaram sofrimento e perturbação interior/mental (Monteiro, 2014).

Falar em transição, remete para a “Teoria das Transições” de Afaf Meleis. Segundo a autora, as transições devem ser entendidas como:

“experiências humanas, descritas como um conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos

indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar” (Meleis, 2010, p. 25).

As transições podem ser consideradas saudáveis ou não saudáveis, sendo as últimas caracterizadas por dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, ou nos sentimentos e objetivos associados ao comportamento, tal como é percebido pelo próprio ou por significativos, considerando-se assim, que o sofrimento mental no adolescente surge quando estas transições não são saudáveis, ocorrendo perturbações/doença mental (Meleis, 2010).

As perturbações de saúde mental em crianças e adolescentes são cada vez mais frequentes, afetando profundamente o desenvolvimento e a autonomia do futuro adulto, com repercussões a nível familiar, educacional e social (Santos, 2015).

Existe um importante grau de continuidade entre muitas perturbações da adolescência, e as da idade adulta. Segundo a OMS (2005), cerca de 50% das perturbações mentais que se manifestam ao longo da vida têm início na adolescência e 70% delas antes dos 24 anos de idade. O suicídio é a terceira causa de morte entre os 15 e os 35 anos de idade e os comportamentos auto-lesivos e atos suicidas a segunda entre 15 e os 19 anos de idade (DGS, 2018).

Como tal, percebe-se que o sofrimento mental que estes jovens experienciam, traz implicações que não se restringem apenas à patologia, mas a todo o equilíbrio biopsicossocial do adolescente.

O internamento do adolescente em sofrimento mental, ou transição de doença, surge como uma componente importante e essencial nos cuidados de saúde mental na adolescência, quando o jovem está em disrupção e não há possibilidade de ser tratado em ambulatório. Assim, o adolescente carece de cuidados, especialmente dedicados e organizados de acordo com as suas necessidades e características (Monteiro, 2014).

Segundo Monteiro (2014), o jovem que necessita de internamento psiquiátrico, não pode ser privado do *milieu therapy*, enquanto instrumento terapêutico, que corresponde ao mais adequado e eficaz para a sua idade, “devendo ter acesso a ocupações, atividades e a programas educativos” (Monteiro, 2014, p. 443).

Neste sentido, os cuidados, apoio e supervisão destes jovens integram-se com as terapias, pois estes jovens que experienciam sofrimento mental, exprimem-nos com sintomas e com problemas relacionais e de comportamento (Monteiro, 2014).

Os objetivos do internamento são a “melhoria clínica, a autonomia e a boa reintegração familiar” (Monteiro, 2014, p. 444).

No processo de transição saudável, este só poderá ocorrer se o adolescente incorporar novos conhecimentos que resultem em comportamentos mais ajustados e noções acerca dos acontecimentos que provoquem uma mudança em si mesmo, neste sentido, o EESMP tem um papel preponderante no cuidar do adolescente em sofrimento mental, enquanto principal cuidador do adolescente neste processo de transição, por ter competências que lhe permitem avaliar e compreender a vivência da situação de doença do adolescente, de planejar e implementar intervenções pertinentes que levem a que ocorram transições saudáveis, avaliando de forma permanente este processo, a fim de adequar a sua intervenção, sempre que se considere pertinente para a pessoa cuidada (Meleis, 2010).

2. Contributos da Teoria de Hildegard Peplau na Compreensão da Importância de Cuidar a Pessoa e do seu Ambiente

Na procura por um quadro referencial em Enfermagem, a “Teoria das Relações Interpessoais” de Hildegard Peplau, surgiu como a teórica com a visão mais adequada à compreensão da importância de cuidar a pessoa em saúde mental e do seu ambiente.

Peplau (1988) considera a Enfermagem uma arte terapêutica e um processo interpessoal, em que o indivíduo é visto como um ser biopsicossocial, dotando de crenças, costumes e modos de vida, dirigidos para uma determinada cultura e ambiente diversificado, que influenciam a sua perceção no processo interpessoal (George, 2000). Este processo interpessoal envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com uma meta em comum, cuja meta proporciona o incentivo para o processo terapêutico e resolução da crise, no qual enfermeira e cliente se respeitam mutuamente, aprendendo e crescendo juntos como resultado dessa interação (George, 2000).

Com a sua visão interpessoal do cuidar, Peplau também se refere à Enfermagem como “uma força amadurecedora e um instrumento educativo” (George, 2000, p.46 cit. Peplau, 1988, p.8), em que cada encontro terapêutico influencia o desenvolvimento pessoal e profissional da enfermeira e do cliente, potenciando o autoconhecimento (George, 2000).

Neste sentido, a compreensão dos outros como eles realmente são e o trabalho do autoconhecimento, surgem como partes essenciais da intervenção do enfermeiro, sendo parte integrante do domínio do EESMP.

Neste contexto do cuidar interpessoal, Peplau identifica quatro fases sequenciais nos relacionamentos interpessoais: Orientação; Identificação; Exploração; e Resolução. Cada uma destas fases sobrepõe-se, interrelaciona-se e varia em duração até ser encontrada a solução. Neste contexto o enfermeiro poder assumir diferentes papéis ao longo das várias fases: a de professor, recurso, conselheiro, líder, especialista técnico e substituto (George, 2000).

Na fase da Orientação, descrita como o encontro entre dois estranhos, parte-se de uma “necessidade percebida”, em que o papel do enfermeiro consiste em trabalhar conjuntamente com o cliente na definição do problema, facilitando a sua compreensão e aceitação, ocorrendo um trabalho de consciencialização de ambos das suas perceções no processo de ajuda (George, 2000). Na fase da Identificação o cliente responde seletivamente a quem o ajuda e de que forma é que necessita de ajuda. Nesta fase, tanto o cliente como a enfermeira devem esclarecer as suas

próprias percepções e expectativas no processo terapêutico, caminhando no sentido de darem resposta à necessidade do cliente (George, 2000).

É na fase da Exploração que a relação interpessoal estabelecida se revela de grande importância, cabendo à enfermeira o papel de encorajar o cliente a reconhecer e explorar os seus “sentimentos, conhecimentos, emoções e comportamentos” (George, 2000, p. 49). Neste sentido, o cliente torna-se ativamente interessado e envolvido no seu autocuidado, acreditando nas suas potencialidades, estabelecendo as suas metas e a trabalhar para as atingir e melhorar o seu estado de saúde (George, 2000).

Na exploração a enfermeira utiliza instrumentos de comunicação como o esclarecimento, a escuta, a aceitação, o ensino e a interpretação para oferecer ao cliente com base nos seus interesses ou necessidades. Ao longo desta fase trabalham em colaboração para vencer os desafios e progredir no sentido do nível de saúde máxima, em direção à última fase da resolução (George, 2000).

Por fim, na última fase do processo interpessoal, a Resolução, Peplau descreve que acontece o término do relacionamento terapêutico, estando preenchidas as necessidades do cliente pelos esforços conjuntos do cliente e enfermeira, apresentando-se como indivíduos mais fortes e amadurecidos (George, 2000).

Posto isto, facilmente se compreende que o núcleo da teoria de Peplau é o processo interpessoal, que é uma parte integrante da Enfermagem da atualidade, e especialmente na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em que se procura a humanização dos cuidados da pessoa em sofrimento mental. A relação terapêutica entre a enfermeira e a pessoa/cliente, numa perspectiva de ação recíproca, permite conhecer as singularidades de cada cliente, as suas relações sociais, ambiente em que vive e que é influenciado, fragilidades, surgindo como um instrumento terapêutico que possibilita o autoconhecimento e reinserção do cliente na sociedade e de volta ao seu quotidiano.

Compreendendo que cuidar da pessoa de forma holística, promovendo um ambiente terapêutico adequado às necessidades de cada pessoa no internamento, exige o uso do *self* enquanto instrumento, bem como o envolvimento ativo da pessoa no seu tratamento, para que possa experimentar mudanças comportamentais verdadeiras e desenvolver novos conhecimentos, a teoria de Peplau surge como referencial que vai ao encontro dos pressupostos do *milieu therapy*, no que concerne à visão do relacionamento interpessoal e compreensão da pessoa de forma holística.

Para além disso, Peplau encoraja a enfermeira a considerar a cultura, perceções e tradições do cliente quando ele estiver em adaptação à rotina hospitalar, compreendendo que as influências ambientais têm impacto sobre a pessoa.

3. Descrição da Unidade de Saúde

O local onde foi realizado o estágio final e elaborado o PIS foi numa unidade de Internamento de Saúde Mental Infanto-Juvenil na grande área de Lisboa.

Esta unidade na área da Psiquiatria da Infância e da Adolescência tem por missão a prestação de cuidados diferenciados em regime de ambulatório e de internamento à população infantil e juvenil, até aos 17 anos e 364 dias, assim como, atividades de formação e ensino dos profissionais.

A metodologia de trabalho adotada baseia-se na continuidade de cuidados – da promoção da saúde mental à reabilitação – e tratamento multidisciplinar integrado, tendo uma lotação de 16 camas.

As intervenções são assentes num trabalho de equipa pluridisciplinar, privilegiam a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoces, assim como a integração familiar, escolar, social e o combate ao estigma, exigindo desta forma, um processo terapêutico que poderá ser longo.

Nesta unidade de internamento, para além de privilegiarem o *milieu therapy*, também utilizam a terapia farmacológica, terapias individuais, de grupo e familiares e intervenções a nível pedagógico e social.

O projeto terapêutico de cada criança/adolescente é personalizado e negociado com os mesmos, discutido em contexto multidisciplinar diariamente.

Esta unidade também tem o Hospital de Dia que faz acompanhamento após a alta de alguns dos jovens assistidos no internamento, constituindo uma etapa terapêutica transitória, mediando a integração plena do jovem na família, na escola e na sociedade.

A equipa multidisciplinar é constituída por 15 enfermeiros generalistas, 12 enfermeiros especialistas em SMP, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicomotricista, 2 psicólogos e 3 pedopsiquiatras.

Atualmente a equipa é constituída por elementos novos no serviço e em integração às rotinas e filosofia da unidade.

4. Identificação da Problemática

A Organização Mundial de Saúde (2001) define saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2001, p.1).

A condição mental de uma pessoa é determinada por múltiplos fatores, incluindo os aspetos biológicos, individuais, familiares e sociais, assim como económicos e ambientais. Neste sentido, sabe-se que a saúde mental deve ser “promovida por intervenções de saúde pública, políticas e práticas em vários campos, da saúde à educação e ao ambiente e ao trabalho” (CNECV, s.d., p.3).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental 2017/2018 (PNSM), é importante desenvolver serviços e programas que permitam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, sendo necessário implementar programas de formação em saúde mental dirigidos não só à população e famílias, mas também a profissionais de saúde, devendo ser um objetivo fortalecer o conhecimento baseado na evidência científica e a partilha de boas práticas na saúde mental (DGS, 2017).

Segundo o descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem da OE (2002) “o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”, sendo importante que os enfermeiros focalizem “a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente” (OE, 2002, p.8).

Peplau (1988) evidencia na sua Teoria das Relações Interpessoais a importância do ambiente interpessoal, para a promoção de saúde e desenvolvimento significativo para a personalidade da pessoa (George, 2000).

Neste sentido, em psiquiatria, a terapia que envolve o *milieu* ou ambiente, é denominada de *milieu therapy* ou ambiente terapêutico. O objetivo do *milieu therapy* é manipular o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar da pessoa sejam considerados terapêuticos (Townsend, 2011). Especialmente nas unidades de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, que prestam cuidados a crianças e adolescentes, o conceito do ambiente terapêutico deriva da necessidade de contrariar os efeitos negativos do internamento, sendo que, em vez do jovem adotar o papel de doente, torna-se menos dependente e colabora ativamente, através da interação no grupo, no tratamento de todos. A pressão do grupo é um meio e um

instrumento poderoso se devidamente enquadrado, potenciando “a melhora da autoestima, a autonomia, a responsabilidade, promove a socialização, o respeito pelos pares e a empatia” (Monteiro, 2014, p. 444).

O trabalho numa unidade de internamento implica o envolvimento do *self* como instrumento da terapia, sendo um processo exigente, dado que a equipa atua num complexo jogo de papéis que inclui “atitudes de *quasiparenting*”, processos de transferência e contratransferência e muitos desafios imprevisíveis (Monteiro, 2014).

Neste sentido, considerando que os profissionais de Enfermagem prestam cuidados às pessoas/clientes por um período mais longo do que qualquer outro profissional, a responsabilidade major pela criação e manutenção do ambiente terapêutico é da equipa de Enfermagem (Taylor, 1992).

Contudo, o processo de construção deste meio seguro e confiável pode ser difícil, podendo ser antiterapêutico, se não for devidamente concebido e estruturado, ocorrendo falhas ao “nível do suporte e do enquadramento, com persistência de interações patogénicas, com falhas no diálogo da equipa ou entre equipa e grupo de doentes” (Monteiro, 2014, p. 444).

O ambiente terapêutico deve ser “avaliado, autoavaliado e supervisionado, sob pena de deterioração”, sendo que estes tipos de problemas das equipas de internamento previnem-se com supervisão e suporte (Monteiro, 2014, p. 445).

Assim, quando a equipa de Enfermagem intervém juntos destes jovens, as suas intervenções refletem conhecimento, raciocínio clínico e capacidade de sintetizar informações, intervindo de uma forma particular em situações particulares com estes jovens, promovendo o ambiente terapêutico, contudo, é importante ter conhecimento do processamento mental e habilidades de avaliação e conhecimento de técnicas de intervenção que são utilizadas pelos enfermeiros, muitas vezes de forma intuitiva.

Neste sentido, considerando o papel do enfermeiro na gestão e aplicação do ambiente terapêutico, surgiu o interesse de compreender e identificar que intervenções o enfermeiro realiza que promovem o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental, contribuindo assim, através de uma formação em serviço para a PBE científica e para o suporte e enquadramento dos cuidados no seio da equipa de Enfermagem da unidade onde foi realizado o estágio final.

Assim, considerando a importância do *milieu therapy* nesta unidade de internamento, bem como a recente integração de muitos elementos novos na equipa, este suporte e enquadramento

dos cuidados promotores do ambiente terapêutico, surge como uma necessidade e problemática no que concerne à prevenção de interações patogénicas dentro da equipa e grupo de adolescentes.

Para além disso, uma das competências específicas do EESMP (Regulamento n.º 515/2018, DR, 2ª série, 7 de Agosto) constitui-se a de assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental e a de ajudá-la, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, sendo neste caso, o ambiente terapêutico enquanto instrumento terapêutico, indo desta forma, ao encontro de um dos objetivos de estágio e do Mestrado.

5. Percurso Metodológico do Projeto

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real, sendo um método particular de aquisição de conhecimentos e de encontrar respostas para as questões que necessitam de uma investigação (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999, p.15) permite “descrever, explicar e predizer factos, acontecimentos ou fenómenos”. Neste sentido, tem um papel muito importante para a prática de cuidados, ao alargar o campo de conhecimentos, com vista a introduzir mudanças onde se apresentam problemas, através de uma base científica que guia a prática e assegura a credibilidade da profissão (Fortin, 1999).

A metodologia de investigação deste Projeto de Intervenção em Serviço teve por base uma revisão integrativa de literatura, com o objetivo de apurar a evidência sobre a temática escolhida, e posteriormente, aplicar na prática dos cuidados de Saúde Mental na Infância e Adolescência¹.

Nos seguintes subcapítulos será apresentada a metodologia utilizada como estrutura do projeto, os resultados e principais conclusões obtidas, e por fim, o planeamento da formação em serviço e a sua avaliação.

5.1. Metodologia

A presente revisão integrativa pretende apurar qual a evidência científica existente e de qualidade, acerca da temática selecionada, de modo a promover o pensamento reflexivo e, simultaneamente, contribuir para o aperfeiçoamento das práticas baseadas na evidência científica em Enfermagem.

O método utilizado para a formulação da questão de investigação e critérios de seleção da amostra foi o método PICO: participantes, intervenção, contexto e *outcomes*, como evidenciado na tabela 1.

¹ No âmbito desta revisão integrativa de literatura foi elaborado um artigo que foi submetido à RIASE e que se encontra o resumo do mesmo no Apêndice I.

Tabela 1- Metodologia utilizada para a formulação da questão de investigação

P	Participantes	Quem foi estudado?	Adolescente em sofrimento mental	Descritores: <i>Inpatient adolescent</i> <i>Psychiatric nursing interventions</i> <i>Psychiatric milieu</i> <i>Therapeutic milieu</i>
I	Intervenções	O que foi feito/ área de interesse?	Promoção do ambiente terapêutico	
C	Comparação	---	---	
O	Outcomes (resultados)	Resultados/efeitos ou consequências	Quais são as intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental?	

Com o intuito de compreender o papel do enfermeiro na gestão e aplicação do ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental, foi estabelecida a seguinte questão de investigação:

“Quais são as intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental?”

Na sequência da questão de investigação referida, foi definido como objetivo principal: **“Identificar as intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental”**.

E como objetivos específicos:

- ✓ **“Identificar as características de um ambiente terapêutico”;**
- ✓ **“Identificar as implicações de um ambiente terapêutico no papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica”**
- ✓ **“Desenvolver competências na aplicação do ambiente terapêutico, focalizando as intervenções de Enfermagem na interdependência pessoa/ambiente”;**
- ✓ **“Contribuir para a melhoria da prática de Enfermagem de saúde mental baseada na evidência científica”.**

A pesquisa de evidência científica decorreu nas bases de dados EBSCO e B-ON nas revistas CINAHL® Plus, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina

e Medline®, com recurso aos seguintes descritores de pesquisa: *Inpatient Adolescent*, *Psychiatric nursing interventions*, *Psychiatric milieu* e *therapeutic milieu* com a inclusão do operador booleano/frase “and”.

No momento da pesquisa, foi utilizado como Expansor: “pesquisar no texto integral dos artigos”; e como Limitadores: “texto integral”, “analisado pelos pares”, e “disponível na coleção da biblioteca”. Foi selecionado no Tipo de Fontes “revistas académicas” e “revistas”. Foi escolhido o Idioma “english”, tendo sido definido um limite temporal entre Outubro 2006 e Dezembro 2018. Importa ressaltar que o limite temporal da pesquisa foi mais abrangente, considerando a escassez de evidência científica produzida nos últimos anos sobre o *milieu therapy*, e principalmente, sobre o papel do Enfermeiro na promoção do *milieu*.

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão que desempenharam função orientadora na pesquisa realizada, com o objetivo de obter resposta à questão de investigação colocada.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão os estudos que dessem resposta à questão de investigação referida anteriormente; estudos empíricos de natureza qualitativa e quantitativa, bem como revisões sistemáticas, artigos e reflexões teóricas; estudos disponíveis em bases de dados com texto na íntegra; e estudos na língua inglesa. Quanto ao tipo de participantes, os critérios de inclusão estabelecidos foram estudos que contemplassem: adolescentes internados em unidades de internamento de psiquiatria.

Por sua vez, os critérios de exclusão estabelecidos foram: os estudos que contemplassem na sua população adolescentes internados em contexto não hospitalar; unidades de internamento que não promovessem *milieu therapy*; estudos que não identificassem intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico; e artigos em que fosse necessário pagar para conseguir acedê-los *online*.

Não houve resultados na base de dados EBSCO quando colocados os descritores. Na base de dados B-ON, surgiram 464 artigos, dos quais 48 eram repetidos, restando 416 para serem analisados. Dos 416 foram eliminados 409 pela leitura do título e resumo, restando 7. Destes 7 artigos, 4 foram excluídos pois não respondiam à questão, totalizando assim 3 artigos com qualidade metodológica (segundo Joanna Briggs o nível de evidência deverá ser >50%) incluídos na revisão integrativa.

5.2. Apresentação e discussão dos resultados

A amostragem total dos 3 artigos, através dos quais foi realizada a discussão de resultados e conclusões, encontram-se esquematizados na seguinte tabela:

Tabela 2- Extração dos resultados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO (REFERÊNCIA)	OBJETIVO DO ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
A1. Delaney, KR. Nursing in child psychiatric milieus: What nurses do: An update. (2018)	Descrever detalhadamente a proposta de um modelo que organiza as intervenções de Enfermagem no que concerne à aplicação e manutenção do ambiente terapêutico em unidades de internamento de psiquiatria de crianças e adolescentes, em quatro processos terapêuticos.	<ul style="list-style-type: none">✓ Sugere quatro categorias do ambiente terapêutico, promovidas pelo enfermeiro, enfatizando dentro de cada categoria como os enfermeiros expandem o conhecimento para a prática por meio de pesquisas sobre o processo de <i>milieu</i>;✓ As quatro categorias terapêuticas são: Segurança, Estrutura, Suporte e Autogestão.	<ul style="list-style-type: none">✓ Enfermeiros em Saúde Mental e Psiquiátrica Infantil e técnicos de saúde mental são indispensáveis na aplicação do ambiente terapêutico;✓ A terapia pelo meio tem sido inadequadamente investigada e desenvolvida pelos Enfermeiros ao longo destes anos, existindo falta de literatura que suporte as intervenções de enfermagem que promovem um ambiente terapêutico saudável e estruturado;✓ Por fim, são necessárias pesquisas sobre como os adolescentes usam o evento de um internamento para construir uma percepção positiva de si e como os enfermeiros usam o relacionamento e o

			ambiente terapêutico para ajudá-los a iniciar esse processo.
A2. Delaney, KR. Top 10 Milieu Interventions for inpatient Child/Adolescent Treatment. (2006)	Descrever 10 intervenções de Enfermagem divididas em três categorias: comportamental, cognitiva e afetiva, utilizadas para trabalhar com adolescentes e crianças internadas em unidades de psiquiatria.	<p>✓ Pesquisa demonstra que a equipa de Enfermagem quando entrevistada acerca da terapia pelo meio, eram capazes de explicar como é que intervêm em determinadas situações;</p> <p>✓ As intervenções da esfera comportamental funcionam porque a equipa altera o padrão de reforço para o comportamento ou fortalece a autoeficácia relacionada a um comportamento, seguindo o princípio básico de que qualquer comportamento reforçado tem maior probabilidade de reaparecer;</p> <p>✓ As intervenções da esfera cognitiva visam reorganizar ou repadronizar como as crianças e adolescentes</p>	<p>✓ As intervenções discutidas são muito relevantes para as equipas multidisciplinares que promovem um ambiente terapêutico no seu esforço para ajudar crianças e adolescentes a desenvolverem autocontrole sobre os seus sentimentos, pensamentos e comportamentos;</p> <p>✓ A equipa deve intervir num ambiente terapêutico com base em uma avaliação cuidadosa com intervenções baseadas em evidência científica, trazendo ganhos significativos em saúde para os adolescentes e crianças internados.</p>

		<p>pensam e respondem a eventos ou aos seus próprios pensamentos;</p> <p>✓ A categoria final consiste nas intervenções da esfera afetiva, nas quais a equipa trabalha os sentimentos destes jovens, tentando ajuda-los a esclarecê-los, compreendê-los e gerenciá-los.</p>	
<p>A3. Voogt, L.Amar; Nugter, Annet; Goossens, Peter; Achterberg, Theo. Providing Structure as a Psychiatric Nursing Intervention: A Review of the Literature. (2013)</p>	<p>Investigar a intervenção de Enfermagem “fornecer estrutura (FE)”, utilizada em várias situações e ambientes, como é exemplo o ambiente terapêutico, através das questões: Como é definida o FE? (b) Quais são os objetivos do FE? e (c) Quais são as evidências sobre a eficácia do FE?</p>	<p>✓ Definiu-se que a intervenção FE pode ser interpretada e definida como uma intervenção dirigida a impor e manter regras e limites; avaliar a condição da pessoa; e interagir com a pessoa em um ambiente estruturado;</p> <p>✓ Foram identificados como objetivos da intervenção FE promover a segurança da pessoa, explicitando as expectativas e recuperando-se da doença;</p>	<p>✓ Apesar da intervenção FE ser utilizada muitas vezes na prática, a evidência científica não permitiu identificar a sua eficácia;</p> <p>✓ Para a prática real de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, um uso equilibrado dos diferentes elementos identificados da intervenção FE parece ser necessário, ainda que as enfermeiras de saúde mental e psiquiátrica nem sempre sejam capazes de indicar exatamente o que fizeram quando aplicaram a intervenção FE;</p>

		✓ Por fim, a evidência sobre a eficácia da intervenção FE como uma intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi muito escassa.	✓ Deverá promover-se investigação futura com o objetivo de desenvolver esta intervenção de Enfermagem baseada em evidência, especificamente voltada para melhorar a intervenção FE como uma intervenção nos contextos de saúde mental.
--	--	---	--

5.2.1. Discussão dos resultados

Após a extração e análise de resultados dos três artigos selecionados, foi possível aferir que estes dão resposta à questão de investigação elaborada: **“Quais são as intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental?”**.

Da pesquisa realizada nas bases de dados eletrônicas, foram obtidos dois artigos científicos dos quais emergem resultados significativos acerca das intervenções de Enfermagem que promovem um ambiente terapêutico nesta população-alvo, o **A1** e **A2**.

Deste modo, e de acordo com os resultados apresentados pelo **A1**, no nível mais básico o ambiente terapêutico requer que os Enfermeiros realizem intervenções que promovam a Segurança, quer psicológica, quer física dos adolescentes hospitalizados. Neste sentido, a autora enfatiza a importância em evitar intervenções coercitivas e iniciar medidas proactivas para se envolver, antecipar risco e intervir precocemente em situações de risco.

Neste nível fundamental do ambiente terapêutico, é importante que seja criado um ambiente físico “assético”, isto é, livre de objetos que possam ser usados para autoflagelação ou para prejudicar os outros. Para este fim, é fundamental que a equipa garanta a aplicação de forma consistente de políticas que proíbam itens cortantes e perigosos.

Neste sentido, também é descrito que as unidades de internamento devem ter um sistema de precauções para monitorizar e avaliar a agressão ou o risco de suicídio, que estabelece a frequência de monitorização proporcional ao risco estimado. Sugere também outras intervenções que promovem a segurança no ambiente terapêutico, sendo uma delas a presença constante da

equipa na unidade, isto é, os adolescentes têm sempre supervisão nos corredores e áreas do internamento, mesmo quando estão a dormir.

A autora ressalva que a forma como a equipa se posiciona na unidade é criticamente importante para a segurança, pois através da presença constante de técnicos, é possível estar alerta para mudanças no ambiente e agir o mais rapidamente possível, criando uma sensação de segurança e disponibilidade para a satisfação das necessidades nos adolescentes.

No âmbito da promoção da segurança, surge também como intervenção do enfermeiro ajudar os jovens a gerenciar as suas próprias emoções, promovendo habilidades de autorregulação, reduzindo assim, o risco de uma reação agressiva ou desajustada no grupo.

Neste contexto, é novamente evidenciado a importância de reduzir, se não eliminar, o uso de restrições físicas, e isto é possível através do treino da equipa em promover intervenções não coercivas, avaliação do adolescente e intervenção precoce com medidas menos restritivas.

Segundo a autora, no modelo da Segurança, a equipa de Enfermagem deve utilizar uma combinação de domínio técnico e competências interpessoais, tais como a empatia e respeito pelo outro, para que se mantenha calma e focada nos momentos de maior tensão no ambiente.

Para conseguir manter um ambiente terapêutico seguro emocionalmente para estes adolescentes, surge também a importância de compreender o papel do trauma no sofrimento emocional no comportamento que os jovens adotam, pois é muito comum no internamento de jovens hospitalizados, histórias de trauma.

Assim, na promoção da segurança no ambiente terapêutico, a autora ressalva que o trabalho dos enfermeiros consiste em manter as unidades seguras quer através de normas e políticas, quer através do desenvolvimento de habilidades específicas da equipa, incluindo avaliação do ambiente.

Ainda segundo o artigo **A1**, surge a Estrutura como elemento fundamental do ambiente terapêutico, que os enfermeiros devem entender e saber aplicar nas unidades de internamento. A estrutura exige que a equipa mantenha um cronograma/programa que organize o dia do adolescente, pois proporciona ordem e introduz previsibilidade, o que é particularmente importante para adolescentes desorganizados ou para aqueles que têm dificuldade em reagir a mudanças inesperadas. Esta programação diária é geralmente uma mistura de atividades, grupos de terapia, terapia ocupacional, escola e terapias expressivas, como arte ou música. Este programa/cronograma deve ser motivador e envolvente, alternando atividades exigentes, como a escola, com atividades relaxantes, como o tempo livre na televisão ou atividades recreativas individuais/grupo.

Para assegurar o valor terapêutico deste cronograma/programa, a equipa deve avaliá-lo e adaptá-lo consoante as necessidades da população no internamento.

Outro elemento da Estrutura são as regras e expectativas na unidade de internamento.

Na manutenção da estrutura a equipa deve equilibrar as necessidades de consistência, com a necessidade de prevenção de situações de risco. Para alcançar este equilíbrio a autora refere que é importante que o enfermeiro tente compreender e entender o significado de um comportamento que viole as regras ou normas, ao invés de impor um limite a esse comportamento, devendo chegar a uma solução que ambas as partes sintam ser viável, promovendo a cooperação e justificações para as regras e expectativas da unidade.

Neste sentido, a autora reforça que os enfermeiros também devem decidir quando alterar uma norma ou regra da unidade para acomodar as necessidades do adolescente. Estas decisões dependem das habilidades de avaliação da equipa e do pensamento crítico, sendo necessário permanecer na cultura da unidade a importância da flexibilidade das regras e normas, em prol das necessidades das crianças e adolescentes.

Nesta linha de pensamento, os autores do **A3** também descrevem “Fornecer estrutura” como uma intervenção específica do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica, que é caracterizada como um esforço unânime e que promove um ambiente terapêutico adequado nas unidades de internamento de adolescentes. Através desta intervenção é possível estabelecer limites e organizar o dia-a-dia destes jovens, com o objetivo de manter a segurança do adolescente, trabalhar as expectativas no internamento e ajudar o adolescente a integrar-se na sociedade e a recuperar da sua doença. Contudo, os autores descrevem que, apesar da intervenção “fornecer estrutura” ser utilizada na prática diária dos enfermeiros, não existe literatura suficiente que demonstre a sua eficácia, não sendo definida verdadeiramente como uma intervenção de Enfermagem.

Desta forma, quer o **A1**, quer o **A3**, incentivam a importância de continuar a promover investigação nesta área.

Ainda relativamente ao artigo **A1**, na terceira categoria fundamental do ambiente terapêutico surge o fornecer Suporte, através do estímulo ou empatia com as emoções e experiência do adolescente. Estes jovens experienciam apoio/suporte quando sentem o interesse genuíno da equipa nas suas ideias, atitudes e percepções. Assim, surge como uma intervenção fundamental a equipa de Enfermagem avaliar e identificar a visão do mundo do adolescente, através da observação atenta dos seus comportamentos e evolução no internamento; e da empatia, paciência e

persistência, proporcionando ao adolescente a experiência de ser compreendido e sentir interesse por parte da equipa.

Para que possa ser construída uma relação de ajuda profunda, é importante ter tempo para conhecer o adolescente.

Infelizmente, a natureza do trabalho nos serviços de internamento às vezes funciona contra o envolvimento interpessoal, uma vez que os enfermeiros são facilmente apanhados em demandas administrativas, coordenação de cuidados e rotatividade de clientes.

Estar em sintonia com a experiência do adolescente e conhece-lo verdadeiramente, requer energia e disponibilidade emocional. Neste sentido, a autora do **A1** ressalva a importância da liderança na equipa de Enfermagem, quer entre a equipa, quer da equipa com os adolescentes, considerando que este é um elemento negligenciado na promoção do ambiente terapêutico, mas um fator essencial nos esforços da equipa para se envolver e conectar com os jovens.

Por fim, a autora descreve que na promoção de um ambiente terapêutico através do suporte, é importante que a equipa alcance um equilíbrio entre o controlo do ambiente nas suas particularidades e das necessidades de autonomia dos adolescentes.

Por último, no artigo **A1**, a última categoria fundamental do ambiente terapêutico consiste na Autogestão, ou seja, na promoção de intervenções que fomentem a autogestão do adolescente, de forma a manter a saúde ou controlar os sintomas associados a uma doença, atendendo às suas necessidades exclusivas.

Assim, deve ser promovida terapia de grupo que forneça instrumentos e treino de habilidades individuais que promovam o autoconhecimento e permitam ao adolescente lidar com a angústia, aceitar as suas experiências e considerar novos comportamentos alternativos face a várias situações no quotidiano.

Nesta linha de pensamento, a autora do artigo **A2**, apresenta um conjunto de 10 intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico, divididas em três categorias: comportamental, cognitiva e afetiva.

Dentro da categoria comportamental, a autora sugere como intervenção “Promover experiências de autoeficácia”, descrevendo que esta intervenção é sustentada pela teoria da motivação, em que a motivação de uma pessoa para decretar um comportamento está vinculada à expectativa e desejo que o comportamento produzirá um resultado específico, e desta forma, o indi-

víduo terá maior probabilidade de persistir no comportamento. Desta forma, a equipa de Enfermagem deve promover encorajamento verbal sobre os comportamentos ajustados, de forma a aumentar a motivação do adolescente.

Considerando que o ambiente terapêutico deve ser estruturado, sendo importante o jovem integrar várias atividades diariamente, tal como definido no **A1**, a autora do **A2** descreve que é importante que o enfermeiro dê feedback ao adolescente durante essas atividades e interações quotidianas.

A segunda intervenção sugerida pelo **A2** na categoria comportamental consiste na “Promoção de técnicas de reforço”, em que o enfermeiro ao elogiar ou reforçar positivamente determinado comportamento, a probabilidade desse comportamento de se manter/reaparecer é maior, sendo importante manter esta atmosfera positiva no internamento, ao invés de comentários negativos.

A última intervenção sugerida na categoria comportamental consiste em “Interromper o comportamento padronizado”. Através desta intervenção o Enfermeiro é capaz de interromper um determinado comportamento negativo antes da consequência acontecer, moldando o sucesso e estabelecendo um sistema de controle de comportamentos com o adolescente. Neste contexto, a autora enumera várias técnicas que podem interromper estes comportamentos, como por exemplo: contenção ambiental, toque, ignorar determinado comportamento com o objetivo de verificar se o jovem o cessa, entre outras.

No que concerne à categoria cognitiva, a autora sugere como intervenções “Resolução de problemas”, “Reestruturação” e “Promover a ligação Humor-Pensamento-Comportamento”.

Relativamente à intervenção “Resolução de problemas”, a autora descreve que esta é uma técnica que a equipa usa com frequência para lidar com adolescentes. Neste sentido, o enfermeiro deve identificar em conjunto com o adolescente o problema e posteriormente, incentivar o jovem a trabalhar cada problema que emerge especificamente, analisando e gerindo possíveis soluções, construindo um plano para lidarem com o problema. Esta é uma técnica muito pertinente nos adolescentes com comportamentos de impulsividade, suicídio ou oposição. Através da intervenção “Reestruturação”, o enfermeiro consciencializa o jovem acerca da causalidade e intenção de um comportamento ou incidente que aconteceu e concomitantemente, ajuda o jovem a pensar sobre como se sentiu durante esse incidente e a organizar soluções mais adaptativas para as diversas situações.

Quanto à intervenção “Promover a ligação Pensamento-Humor-Comportamento”, descreve que é uma forma de ajudar os adolescentes a identificarem de que forma o incidente/comportamento e o pensamento e humor estão conectados, e desta forma, conseguirem explorar esta conexão e desenvolver respostas mais adaptativas.

Neste sentido, esta intervenção é fundamental na construção de um ambiente terapêutico com estes jovens, sendo consistente com o descrito na categoria da Autogestão enumerada no **A1**.

Por último, a autora do **A2** descreve na categoria afetiva, a importância de intervenções na esfera da “empatia”, “diminuir estímulos”, “ensinar sobre afetos” e “autogestão dos afetos”, considerando que, através destas intervenções o enfermeiro é capaz de compreender e conhecer melhor o adolescente; reduzir comportamentos hostis e agressivos, identificando alterações no ambiente e agindo precocemente; trabalhar com os jovens respostas mais adaptativas e autocohecimento relativamente aos seus pensamentos, comportamentos e sentimentos.

Uma vez mais, é possível verificar uma conexão com o descrito no **A1** sobre os níveis fundamentais do ambiente terapêutico, através de intervenções de Enfermagem que promovam Segurança, Estrutura, Suporte e Autogestão nestes adolescentes. Desta forma, quer o **A1**, quer o **A2**, descrevem de uma forma mais minuciosa que intervenções são úteis para trabalhar com adolescentes em sofrimento mental, ajudando-os a terem um maior controle sobre as suas emoções, pensamentos e comportamentos, sendo este o foco central da terapia pelo meio/ambiente terapêutico.

É igualmente unânime em todos os artigos analisados, que a aplicação do ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental é um instrumento que permite facilitar a sua transição para a sociedade, sendo que o enfermeiro tem um papel muito importante na sua manutenção e avaliação, contudo, urge a importância de desenvolver investigação na área da intervenção do enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica, e mais especificamente, das intervenções que promovem o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental.

5.2.2. Conclusão

A implementação do *milieu* é fundamentalmente da esfera de competências do EESMP, conjuntamente com os outros técnicos que trabalham na área da saúde mental. A forma como o

milieu é estruturado, quais são os seus objetivos, e como é que o ambiente terapêutico é usado e de que forma, faz a diferença na forma como o ambiente terapêutico tem impacto na pessoa e num grupo de pessoas nas unidades de internamento de psiquiatria, em específico, de adolescentes.

Apesar da atmosfera de uma enfermaria ser essencialmente criação do enfermeiro, havendo margem para a criatividade e improvisação, é importante que exista uma estrutura cuja base se possa realizar o ambiente terapêutico.

O comportamento dos adolescentes é intimamente influenciado pelo ambiente em que vivem, competindo à equipa de Enfermagem identificar as suas necessidades individuais, adaptando a intervenção a cada adolescente.

Assim, após análise dos artigos selecionados, foi possível identificar que ambos dão resposta à pergunta de investigação elaborada, sendo que no contexto de internamento de adolescentes em sofrimento mental, o enfermeiro deve promover intervenções nas esferas cognitiva, comportamental e afetiva, assentes em quatro níveis fundamentais do ambiente terapêutico: segurança, suporte, estrutura e autogestão.

Desta forma, a transição do adolescente de uma situação de crise com necessidade de internamento, para a sociedade, será realizada mais facilmente, fornecendo-lhe todos os instrumentos necessários para lidar com as suas emoções e pensamentos, e posteriormente, desenvolver respostas comportamentais mais ajustadas ao seu quotidiano.

Neste contexto, o papel do EESMP na manutenção do ambiente terapêutico, ganha um relevo ainda maior, pois cabe a estes profissionais, intervir de forma diferenciada e ajudar os adolescentes que sofrem alterações na sua funcionalidade, a vivenciarem processos de transição da forma mais saudável possível, promovendo respostas humanas mais ajustadas. O EESMP tem competências acrescidas que lhe permitem realizar uma avaliação completa do estado mental do cliente, planear, implementar e avaliar intervenções continuamente, o que é fundamental na gestão da segurança e estrutura do ambiente terapêutico diariamente. Para além disso, executa cuidados do âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, onde se incluem as atividades terapêuticas, terapia comportamental, psicoeducação, entre outras, que são fundamentais para o autoconhecimento e autogestão do adolescente em sofrimento mental, tal como evidenciado nos artigos que foram discutidos.

Contudo, após a análise de todos os artigos, também se conclui que apesar da equipa de Enfermagem, e principalmente o EESMP, ter um papel preponderante na promoção do ambiente

terapêutico, este tem sido pouco investigado e desenvolvido pelos enfermeiros ao longo destes anos, existindo escassa literatura que suporte as intervenções de enfermagem que promovem um ambiente terapêutico estruturado. Como tal, urge a importância de desenvolver estratégias e investigação que suporte esta terapia na saúde mental, e principalmente, que demonstre a importância das intervenções de Enfermagem na estruturação e manutenção do ambiente terapêutico e os ganhos em saúde para esta população.

5.3. Formação em serviço

A formação pode ser definida como um conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objetivo de promover mudanças nas capacidades, conhecimentos e atitudes dos profissionais na sua prestação no trabalho (Rego, et al., 2008).

Segundo Dias (2004) “a enfermagem como profissão exige a mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a formação base e/ou especializada, que devem ser continuamente renovados através da formação permanente” (Dias, 2004, p. 17).

Segundo Subtil (1988) a formação permanente em enfermagem pode-se dividir em formação contínua, descrevendo-a como um tipo de formação que tem como objetivos adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e capacidades que visem o desenvolvimento pessoal e profissional levando a uma melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados, por exemplo, através da participação em congressos, jornadas, colóquios; e em formação em serviço, que segundo o autor assume os mesmos objetivos que a formação contínua, mas desenrola-se em simultâneo com a prática profissional e que se reflete na resolução de problemas das diferentes unidades e/ou serviços (Subtil, 1988).

É neste âmbito que surge a formação em serviço, como um instrumento de atualização destes conhecimentos.

A OE (2002) define que na procura permanente da excelência no exercício profissional é importante existir uma política de formação continua dos enfermeiros, promotora de desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados (OE, 2002).

Neste sentido, o acesso à formação é um direito dos enfermeiros, sendo igualmente um dever no sentido da melhoria contínua da prestação de cuidados.

Posto isto, será apresentado o desenho do plano de formação em serviço elaborado, bem como a avaliação da formação realizada.

5.3.1. Desenho do Plano de Formação em Serviço

Temática: O Ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental:

Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Destinatários: Enfermeiros da Unidade de Internamento Infanto-juvenil na área da grande Lisboa

Objetivo Geral:

- ✓ Identificar as intervenções de Enfermagem que promovem um ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental.

Objetivos Específicos:

- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para a importância de um ambiente terapêutico adequado e bem estruturado;
- ✓ Capacitar os enfermeiros para a promoção de um ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental;
- ✓ Promover a reflexão crítica da equipa de Enfermagem sobre o ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental.

Para responder ao objetivo geral e objetivos específicos foi planeada a realização de uma sessão de Formação em Serviço – Projeto de Intervenção em Serviço. A sessão decorreu na unidade de psiquiatria Infanto-Juvenil da grande área de Lisboa, mais precisamente na sala de reuniões da unidade, com início programado para as 14 horas, com duração total de 45 minutos, no dia 25 de Março de 2019, com recurso à exposição de um PowerPoint e foi dinamizada pela Estudante do Mestrado de Enfermagem no ramo de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica Diana Cunha.

Para a realização da sessão de formação os recursos que se constituíram como essenciais, divididos em recursos materiais e recursos humanos, foram os seguintes:

- ✓ Recursos materiais: Computador, projetor, canetas, papel (questionários de apreciação global da sessão);
- ✓ Recursos humanos: Enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas, enfermeira dinamizadora da sessão, e professor orientador do mestrado.

5.3.2. Avaliação

Um dos aspetos mais importantes da formação em serviço é a avaliação. Esta fase do plano de formação assume contornos de elevada relevância enquanto etapa final do plano de formação. É através da avaliação que se estima o impacto que a formação teve no aumento de conhecimentos, das competências e consequentemente melhoria na qualidade dos cuidados prestados na população-alvo.

Esta assume igualmente o papel de guia orientador para a revisão do plano de formação se os resultados obtidos junto dos formandos não forem os desejados. A avaliação para ser eficaz deve ser acompanhada de um modelo para planejar, elaborar, testar, aplicar, avaliar e melhorar os programas de formação (Ferreira, 2015 cit. Carapeto & Fonseca, 2006).

A averiguação da aquisição de conhecimentos e satisfação dos formandos é realizada através da opinião dos formandos sobre a sessão de formação dinamizada no que diz respeito à qualidade da componente teórica exposta, domínio da temática e clareza da informação transmitida, com base nos objetivos específicos delineados inicialmente. Desta forma, ocorreu através da aplicação do Instrumento de Avaliação construído que foi aplicado no final da sessão, utilizando a escala adaptada de Likert (1932) em que é realizada uma apreciação global da formação nos valores de 1 a 5, sendo que 1 é “Muito insatisfeito” e 5 “Muito satisfeito”.

A formação em serviço decorreu como planeado, com a participação de 9 formandos enfermeiros da unidade de internamento de pedopsiquiatria. A apreciação global da formação pelos formandos teve uma pontuação final de 4,64/5 pontos de satisfação. Neste contexto, as questões que demonstraram satisfação no valor de 5 foram as questões relativas à adequação da formação às necessidades do formando, a qualidade dos conteúdos e por fim, o domínio do formador sobre os conteúdos transmitidos. Por outro lado, as questões com o nível de satisfação inferior estão relacionadas com as condições da sala e a qualidade do apoio técnico e administrativo.

O feedback recebido foi igualmente positivo, sendo que os formandos descreveram a formação em serviço como “muito importante para a prática”; “promoveu a reflexão sobre as práticas implementadas”; “fez todo o sentido face às dificuldades que a equipa está a ter na promoção do ambiente terapêutico após integração dos novos elementos”, entre outras, pelo que se considera que os objetivos delineados foram atingidos.

PARTE II – ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Nesta Parte II do relatório, preconiza-se uma análise do processo de aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências do EESMP e por fim, das competências de Mestre em Enfermagem. Esta análise decorre através de uma narração das experiências decorridas ao longo dos estágios, numa perspetiva de refletir sobre este processo.

O desenvolvimento das competências foi encarado como um foco ao longo de todo o percurso realizado, movido pela vontade de aprender e usufruir o máximo possível dos locais onde foram realizados os estágios, buscando a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

A Enfermagem é uma profissão centrada em interações, onde cada profissional vivencia esta experiência de uma forma única e singular. Nesta profissão é habitual falar-se em três vertentes do desempenho, nomeadamente a científica, técnica e relacional, ou em três dimensões, designadamente a do saber, saber-fazer e o saber-ser e estar (Lopes & Nunes, 1995).

Assim, o processo de desenvolvimento de competências, mesmo dentro da mesma área, é um percurso realizado de forma única por cada profissional.

Desta forma, antes de iniciar a análise deste percurso, é importante clarificar o que se entende por competências em Enfermagem.

Segundo Lopes & Nunes (1995) **competências** podem ser definidas como

“conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta, tornando-se difícil de avaliar (...) cimentada no tempo, ao longo de um percurso pessoal e profissional que será, naturalmente, feito de experiências e de projetos, de estudos e de atividades, de envolvimento operativo, afetivo, e espiritual” (Lopes & Nunes, 1995, p. 3).

Nesta linha de pensamento, descrevem que consideram que um enfermeiro é competente “quando reúne todos os saberes, ou seja, quando presta cuidados de Enfermagem atendendo às vertentes científica, técnica e relacional da profissão”, reforçando que “o saber e o saber fazer são

passíveis de serem ensinados enquanto que o saber ser e estar, que nos permite atender à vertente relacional, se desenvolve de modo intrínseco em cada um” (Lopes & Nunes, 1995, p. 3).

Segundo Benner (2001), a perícia e a habilidade desenvolvem-se em situações de prática real que se fundamentam em princípios cientificamente comprovados, impossibilitado assim, a dissociação da noção de cuidados de Enfermagem competentes. Estas noções contribuem para o desenvolvimento de competências do enfermeiro (Benner, 2001).

Desenvolver uma competência, exige reflexão sobre o vivido e treino pessoal assim como um esforço consciente para modificar os comportamentos e atitudes, convencendo o conceito de aprendizagem ao longo da vida (Lopes & Nunes, 1995).

Uma vez que se está a discutir o processo de aquisição de competências, não se pode deixar de mencionar os cinco níveis de competências que Benner (2001) identifica para a prática de Enfermagem, através da aplicação do modelo de aquisição de competências de Dreyfus (1981), sendo eles:

- ✓ Iniciado: Não tem nenhuma experiência das situações com que possa ser confrontado, sendo necessário descrever as situações em termos de elementos objetivos, sendo ensinado normas para guiar os seus atos em função dos diversos elementos, para permitir que adquira experiência necessária ao desenvolvimento das suas competências (Benner, 2001);
- ✓ Iniciado avançado: Tem alguma experiência em várias situações reais pelo que consegue reconhecer situações e os seus componentes significativos, começando a formular princípios baseados na experiência, como fundamento para a sua intervenção (Benner, 2001);
- ✓ Competente: Enfermeiro com 2/3 anos de experiência de trabalho na mesma área ou em situações similares, conseguindo estabelecer um plano sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema, criando o sentimento “que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática da enfermagem”. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização (Benner, 2001, p. 54);
- ✓ Proficiente: Enfermeiro que compreende as situações na sua globalidade, tomando decisões baseadas na compreensão holística da pessoa e situação, e aprende com a experiência o que esperar em determinadas situações, modificando os seus planos de intervenção (Benner, 2001);
- ✓ Perito: Suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações, apreendendo diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções ou diagnósticos. O perito age muitas vezes por intuição, “coisa impossível de aprender ou ensinar de

uma maneira conceitual” (Benner, 2001, p. 58). Segundo a autora, para avaliar o nível de competência da perita, “é necessário acrescentar aos critérios habituais de medidas quantitativas e da avaliação da prática, uma perspectiva interpretativa destinada a descrever a prática dos cuidados de enfermagem, assim como as estratégias qualitativas de avaliação” (Benner, 2001, p. 60).

Considerando o exposto, penso que me encontro num estágio de competência de “competente” na área da saúde mental e psiquiátrica, pois apesar de não estar atualmente a trabalhar especificamente numa área de psiquiatria, trabalho à 4 anos numa área similar, conseguindo planificar os cuidados e fazer frente a muitos imprevistos com eficiência, tendo investido no meu desenvolvimento pessoal e profissional através da realização de formações. Todavia, a grande finalidade com que comecei este percurso no Mestrado em Enfermagem foi a aquisição de grau “proficiente” na área da saúde mental e psiquiátrica, e no que concerne às intervenções que promovem um ambiente terapêutico no internamento, e mais especificamente, no internamento de adolescentes.

Posto isto, nos próximos subcapítulos será realizada a análise das competências, tal como apresentado anteriormente.

1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns fazem parte do rol de competências que todos os enfermeiros especialistas devem desenvolver, independentemente da sua área de especialidade.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, as competências comuns são descritas como “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p.4775).

São compostas por quatro domínios de competências que incluem: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O primeiro domínio “Responsabilidade Profissional, ética e legal” apela ao desenvolvimento de uma prática profissional responsável, ética e legal, na área da especialidade, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica na avaliação sistemática das melhores práticas e preferências da pessoa cuidada.

O conceito de responsabilidade é definido por Nunes (2006) como “os atos e as respetivas consequências, no alargamento que estas supõem e implicam, sendo que esta responsabilidade é relativa à capacidade, obrigação e o compromisso” (Nunes, 2006, p. 175). Segundo Deodato (2008),

“O agir profissional do enfermeiro materializa-se com a prática de atos, em resultado do processo de tomada de decisão que os antecedem e na previsão das consequências que esses atos implicam para a pessoa que recebe cuidados, para o próprio enfermeiro e para o ambiente. Por estes atos e pelas suas consequências, o profissional de Enfermagem responde, na assunção da sua responsabilidade. São as diversas dimensões da responsabilidade em Enfermagem, com as componentes ética, deontológica e jurídica” (Deodato, 2008, p. 22).

Situar a responsabilidade no domínio do agir, implica que nos debrucemos sobre os atos em si mesmos, mas também no processo de decisão que o antecedeu e fundamentou essa decisão. No que toca aos fundamentos para os atos profissionais do enfermeiro, segundo Deodato (2008) “o pano de fundo é naturalmente a Ética de Enfermagem, incluindo aqui os valores e os princípios relativos ao exercício profissional” enunciados no artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (Deodato, 2008, p. 38).

Nunes (2009) partilha da ideologia da fórmula tripartida de Paul Ricoeur, e refere que a ética se enraíza na procura de uma vida boa, com e para com os outros, em instituições justas (Nunes, 2009).

No plano jurídico, situam-se dois tipos principais de responsabilidade: a responsabilidade civil e a responsabilidade penal (Deodato, 2008).

A responsabilidade civil é relativa à reparação de danos causados, que pode ser pessoal ou patrimonial e consiste na indemnização da vítima, na medida do dano sofrido; a responsabilidade considerada pelo direito penal, dirige-se a um agente, ou a uma pessoa capaz que pratique um facto considerado crime pela ordem jurídica vigente. Assim, a responsabilidade penal resulta

do facto punível, que por sua vez, pode resultar de uma ação praticada com dolo ou negligência ou de uma omissão igualmente dolosa ou negligente (Deodato, 2008).

Assim, a prática profissional do enfermeiro especialista, que se descreve como um exercício profissional e responsável, é desenvolvida através da manifestação de tomada de decisão ética e deontológica em diversas situações da prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, da implementação de intervenções suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, promovendo a proteção dos direitos humanos e da gestão de práticas de cuidados que respeitassem a privacidade, segurança e dignidade de todos os adultos, crianças e adolescentes de quem cuidamos.

Na saúde mental e psiquiatria, a pessoa encontra-se numa situação de fragilidade, em que tem diminuída a sua liberdade, podendo por vezes não ter capacidade de pedir ajuda e autorregere-se. Assim, mais do que uma prática profissional e ética como a competência prescreve, torna-se emergente um "cuidado ético" do EESMP (Nunes, 2014).

Portanto, considerando que os adultos, crianças e adolescentes a quem foram prestados cuidados, assim como os seus familiares, se encontravam numa situação de fragilidade, prestar cuidados nestas condições exigiu tanto boas práticas, baseadas na evidência científica, quer um "agir virtuoso", procurando a abordagem mais capacitadora desta população, assumindo um papel de provedoras de cuidados, entre os riscos de substituição e do paternalismo, ajustando os cuidados à singularidade de cada pessoa e situação (Nunes, 2014).

O que se pode definir como uma prática profissional e ética "requer conhecimentos, capacidade para problematizar (a si, ao seu agir), treino em debater as dimensões éticas dos cuidados e das decisões", sendo muito importante "saber julgar, usar os conhecimentos e a reflexão", pois não existe um algoritmo da "melhor maneira a agir" ou um padrão-norma, pois consoante a população e as suas respostas, as intervenções do enfermeiro têm que ser adaptadas (Nunes, 2014, p. 17).

Desta forma, primou-se por cumprir a "ideia de advogar pelo outro", quer dos adolescentes e crianças, quer dos adultos e a sua família, pela sua autonomia, autodeterminação, dignidade e privacidade, procurando colaborar no seu tratamento, promover a reabilitação e reinserção na comunidade, refletindo ao longo de todo este percurso na nossa intervenção e de como poderia melhorar.

Neste contexto, também foi importante e crucial desenvolver conhecimento sobre o quadro jurídico principalmente da Lei da Saúde Mental, por situações sensíveis como o internamento

compulsivo; conhecimentos de farmacologia, principalmente no que concerne à terapêutica *off-label*; técnicas de intervenção específicas para cada patologia ou necessidade identificada ou levantada pelo grupo de pessoas de quem se cuidou; entre outras.

Passando aos domínios de competências que incluem a melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, descritos respetivamente como competências em que o enfermeiro “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”; “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais”; e por fim, “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”(Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, pp.4746-4749).

Neste contexto, a procura pela qualidade dos cuidados prestados no contexto onde estivemos inseridas foi um dos principais enfoques, primando pela qualidade técnica dos cuidados, a fidedignidade dos registos de Enfermagem e articulação da continuidade dos cuidados na passagem de turno ou reunião diária com as equipas multidisciplinares; colaboramos em projetos institucionais na área da qualidade, como é exemplo avaliação do risco clínico de cada jovem à entrada da unidade da pedopsiquiatria, gerindo e adequando desta forma, os cuidados à avaliação realizada; e liderámos um programa de melhoria contínua, através do PIS planeado, com vista à excelência e melhoria dos cuidados de Enfermagem no que concerne ao ambiente terapêutico na unidade de internamento de adolescentes em sofrimento mental.

Interligado ao que foi referido, está a gestão e promoção de um ambiente terapêutico e seguro nas unidades, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, em que atuamos proactivamente através da gestão de risco e da gestão dos recursos disponíveis, quer material, quer humanos; da envolvimento adequada com os clientes, evitando interações patogénicas, fomentando nos jovens e adultos a importância do respeito uns pelos outros e de toda a equipa, de forma holística; da gestão das visitas dos familiares, mediando a interação dos clientes com os familiares e com o grupo, sempre que necessário.

No domínio da gestão dos cuidados, primou-se por integrar a equipa multidisciplinar, no papel de estudante especialista em saúde mental e psiquiátrica, colaborando dentro do limite das

destas funções, não excedendo a área de competência; respeitando e identificando a importância e relevância das diferentes especificidades das outras profissões; promovemos um ambiente positivo de trabalho na equipa multidisciplinar, colaborando com ideias de melhoria quer das unidades, quer das necessidades das pessoas/clientes, respeitando os pontos de vista dos outros e aceitando a crítica de modo construtivo, adequando comportamentos sempre que necessário.

Neste domínio, o trabalho em equipa é fundamental, pela tipologia de continuidade de cuidados, em que a partilha de informação pertinente com o resto da equipa, sem emitir juízos de valor, surge como uma responsabilidade na gestão dos cuidados da pessoa/grupo cuidada. Paralelamente, a supervisão e avaliação das tarefas delegadas, exige que se assuma responsabilidade pelos cuidados que foram delegados e que se conheça os princípios da delegação, de modo oportuno e seguro. Neste sentido, sempre tivemos em atenção a importância de supervisionar e verificar por exemplo, se o fornecimento de cigarros e planos tabágicos eram cumpridos; se eram aplicadas de forma consistente as políticas que proibiam itens perigosos nas unidades de internamento; se os talheres eram contabilizados após as refeições e eram distribuídos consoante risco clínico pelas pessoas/clientes; se os cuidados de higiene dos jovens eram ou não supervisionados, consoante necessidade clínica e gestão de risco; se as refeições das crianças/adolescentes com perturbações do comportamento alimentar eram vigiadas e registadas corretamente; ou se os “planos terapêuticos” destes jovens eram cumpridos pelos mesmos, como por exemplo, a necessidade de repouso após as refeições, trabalhando em equipa na vigilância destas necessidades.

Por fim, no domínio da competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que realça o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, bem como de uma prática especializada em evidência científica, considera-se que foi um dos domínios onde promovemos mais o nosso desenvolvimento e crescimento.

Relativamente ao desenvolvimento do autoconhecimento, este será explorado na análise da primeira competência do EESMP, pelo que resta analisar se a nossa prática especializada teve como alicerces processos de tomada de decisão e intervenções em conhecimento válido. Neste sentido, tal como já tem sido descrito, considera-se que sempre nos assumimos como facilitadoras nos processos de aprendizagem, diagnosticando necessidades da população de quem cuidámos e posteriormente, planeando, implementando e avaliando o impacto das intervenções realizadas.

Por fim, consideramos que atuamos como dinamizadoras na incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, com visão nos ganhos em saúde das pessoas de quem cuidamos, quer através de todas as atividades planeadas, quer através do PIS que foi

desenvolvido, cujo maior objetivo era contribuir para o conhecimento novo e desenvolvimento da prática clínica especializada em saúde mental e psiquiatria, e toda a pesquisa que foi realizada de forma autônoma. Assim, uma vez mais, exigiu que fôssemos detentoras de conhecimento de outras disciplinas para além das de Enfermagem, de maneira a prestar cuidados de forma holística, seguros, especializados e competentes; e que rentabilizássemos todas as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo ao longo dos meses de estágio, saindo muitas vezes da zona de conforto.

2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

As competências específicas são definidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros, como

“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p.4745).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o enfermeiro especialista é

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (REPE, p.6).

No preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, é salientada a importância do EESMP descrevendo que

“as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por (...) EESMP, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. (...) O EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21427).

Assim, refere que a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”, evidenciando que são as competências do âmbito psicoterapêutico que permitem ao EESMP uma prática clínica distinta de todas as outras áreas de especialidade (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21427).

Posto isto, o Regulamento nº.515/2018, publicado no Diário da República, 2ª. série, nº. 151, de 7 de Agosto de 2018, descreve as quatro competências específicas do EESMP, que serão analisadas quanto ao seu processo de desenvolvimento e aquisição, bem como quanto às atividades desenvolvidas e aprendizagens adquiridas ao longo deste percurso.

Importa referir que a primeira e quarta competências, pelo seu cariz particular relacionado com o autoconhecimento e desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, são alvo de análise individual. As outras duas competências serão apreciadas conjuntamente pelo facto de estarem mais direcionadas à prestação de cuidados e a uma lógica do processo de enfermagem.

Assim sendo, irá iniciar-se a análise da primeira competência ESSMP, que define:

“1 — Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. “

Nesta competência é expectável que o EESMP tenha a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, conseguindo identificar no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores ou outros fatores pessoais que possam interferir com a relação terapêutica no seio da equipa

ou com o cliente, e neste sentido, consiga identificar e gerir fenómenos de transferência e contra-transferência, mantendo o contexto e limites da relação profissional, preservando assim a integridade do processo terapêutico e a capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções “psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” sem condicionar os resultados esperados (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21428).

Assim, compreende-se a profundidade da importância que o autoconhecimento tem como instrumento que facilita a relação de ajuda, pois permite identificar as vulnerabilidades pessoais e os próprios limites, trabalho esse que exige maturidade e disponibilidade e como tal, é um aspeto que foi muito trabalhado e que deverá ser continuado a trabalhar. Ao longo deste percurso primou-se por questionar várias vezes: porquê é que agimos assim? Porquê é que reagimos assim? O quê é que esta situação/palavra/episódio suscita em nós e porquê?

No *continuum* deste trabalho de autoconhecimento, surgiu a importância de manter a genuidade e autenticidade, não só por permitir estar mais perto possível do *self* e usar o *self* como instrumento terapêutico, pressupondo consciência dos próprios comportamentos verbal e não verbal e assim relacionar-nos com os clientes de forma mais humanizada, mas também porque são condições necessárias à relação de ajuda.

Segundo Phaneuf (2002), existem condições e/ou habilidades necessárias ao desenvolvimento de uma relação de ajuda, sendo a autenticidade uma condição de sucesso muito importante, pois “trata-se da capacidade da pessoa que ajuda de permanecer sinceramente ela própria no decurso da relação com a pessoa ajudada” sendo uma “capacidade essencial ao estabelecimento do clima de confiança e de simplicidade necessária à criação de uma aliança terapêutica” (Phaneuf, 2002, p. 359).

Neste sentido, o facto de termos algumas expectativas em relação aos locais de estágio, principalmente relativamente à unidade de internamento de pedopsiquiatria, e com determinadas situações que pudessem ocorrer para as quais sentíamos receio de não saber como agir, sentimos que no início do percurso esta autenticidade estava prejudicada e que houve necessidade de trabalhar bastante o autoconhecimento no sentido de ultrapassar estes constrangimentos e serem adotados comportamentos neutros e terapêuticos.

O facto de inicialmente não conseguirmos ser “nós mesmas” – autênticas – na relação e neste primeiro contacto com a pedopsiquiatria, traduziu-se numa postura mais desconfiada e desconfortável, o que poderia ter criado um obstáculo ao estabelecimento de uma relação terapêutica

e à expressão de forma adequada e terapêutica, limitando a nossa intervenção junto destes jovens.

Findo este percurso, compreendendo que a relação de ajuda consiste numa troca entre a pessoa e o profissional, consideramos que após esta dificuldade inicial, um dos nossos pontos fortes na relação foi conseguirmos manter-nos autênticas, conseguindo transmitir isso aos clientes de quem cuidamos, mantendo-nos espontâneas e abertas.

Neste contexto de preservar a integridade do processo terapêutico e capacidade de estabelecer uma relação terapêutica, o estabelecimento de limites exigiu que procurássemos ver esta atitude como uma atitude “aliada” dos nossos cuidados, sem ter receio de que pudesse ter uma conotação negativa.

O estabelecimento de limites é uma medida terapêutica através da qual se determinam limites às manifestações de comportamento de outra pessoa e ajudam a manter a relação terapêutica funcional (Arantes, Stefanelli, & Fukuda, 1981). A manutenção destes limites tem por objetivo proteger os envolvidos, manter a segurança da pessoa/cliente e proteger os profissionais e a sua estabilidade pessoal (Pereira & Botelho, 2014).

Os limites terapêuticos estabelecem as fronteiras para os tipos de abordagem que se entrecruzam com o âmbito pessoal e social, sendo importante que para os limites atingirem plenamente o seu valor terapêutico a pessoa/cliente compreenda o porquê do seu estabelecimento, prevenindo más interpretações por parte da pessoa/cliente ou constrangimentos na relação (Pereira & Botelho, 2014).

Assim, compreende-se que não se deve temer estabelecer com o “outro” os limites na relação, desde que seja dentro do nosso conforto e a pessoa compreenda o porquê da imposição daquele limite, geralmente explicando o que determinado comportamento suscita no profissional, mantendo assim a relação terapêutica funcional. Desta forma, face à identificação destas limitações em determinadas situações, como são exemplos a invasão do espaço pessoal por parte de algumas crianças/adolescentes ou os sentimentos de constrangimento relativamente à atenção recebida por parte do jovem Tiago (nome fictício) na unidade de internamento de adultos, foi desenvolvida a capacidade de conseguir estabelecer limites, sem nos sentirmos constrangidas e de forma assertiva e calma, o que inicialmente se constituiu como dificultador pelo medo de “magoar” o outro. Contudo, após tomada de consciência desta dificuldade e de termos procurado saber

como poderíamos impor estes limites, respeitando o outro, tornou-se bastante facilitador e promotor de uma qualidade superior na relação terapêutica que se foi estabelecendo com estas pessoas que cuidámos.

Trabalhar numa área tão sensível como a saúde mental e psiquiátrica, e principalmente na saúde mental da infância e da adolescência, ouve-se, sente-se e vê-se muitas coisas/situações que por vezes podem ser difíceis de gerir. Contudo, tal como descreve Phaneuf (2002), outra das principais condições para o estabelecimento de uma relação de ajuda é a da escuta e ausência de julgamentos e juízos de valor, estando abertos às palavras, gestos e sofrimento do outro (Phaneuf, 2002).

Contudo, nem sempre é fácil conviver com as diferenças, sendo que a influência dos nossos preconceitos, os costumes, hábitos culturais ou o que consideramos que são comportamentos comuns dentro do nosso código de moralidade, podem conduzir a uma dificuldade em compreendermos em pleno o outro e estabelecer uma relação significativa (Phaneuf, 2002).

Assim, Phaneuf (2002) descreve que na relação terapêutica deve-se ter vontade de não julgar, enquanto “qualidade da escuta própria da relação de ajuda que conduz a enfermeira a deixar-se penetrar, sem preconceito nem reserva, pelo que exprime a pessoa ajudada pelo seu comportamento verbal e não verbal”, referindo ainda que esta atitude assenta “na aceitação incondicional do outro, no respeito pela sua dignidade e numa compreensão profunda dos seus comportamentos e motivações”, contudo, a ausência de julgamento não significa “o encorajamento a sentimentos negativos, a ações repreensíveis” (Phaneuf, 2002, p. 331).

Neste sentido, e compreendendo a nossa dificuldade em saber gerir algumas situações, fruto dos nossos valores e forma de estar na vida, houve necessidade de trabalhar a nossa capacidade de não julgar, de forma a que isso não afetasse a relação com os jovens e os seus familiares, assim como dos adultos de quem cuidámos, inculcando em nós a capacidade de introspeção, questionando-nos o que faríamos, se estivéssemos na mesma situação; e não conhecendo verdadeiramente as motivações, sentimentos ou razões das pessoas para determinados comportamentos, tentávamos “ver com os olhos do outro” estas condições, respeitando o outro na sua globalidade e holisticamente.

Assim, neste contexto do autoconhecimento e o uso do *self* como instrumento, houve necessidade de aprofundar os nossos conhecimentos acerca dos mecanismos de transferência e contratransferência ou até mecanismos de defesa, tais como a projeção ou identificação, tendo sido muito útil para ultrapassar, por exemplo, a dificuldade em gerir sentimentos de frustração face

a comportamentos de heteroagressividade repetitivos por parte de um pré-adolescente de quem cuidámos e com o qual não conseguíamos promover intervenções que promovessem comportamentos mais ajustados pois encontrava-se em contra-atitude, tendo-nos dedicado inteiramente em identificar até onde iam os nossos limites e se a nossa intervenção era terapêutica, ou quando é que emergia a necessidade de pedir ajuda à equipa; bem como para analisar situações que vivenciámos sentimentos de “paternalismo” em relação a algumas pessoas de quem cuidámos, que surgia como um obstáculo à relação de ajuda, ainda que racionalmente entendêssemos que não faziam sentido nem eram terapêuticos.

Por fim, interligado a todo este trabalho de autoconhecimento, também foi importante analisar, compreender e manifestar compreensão empática, conhecendo os nossos próprios sentimentos, evitando erros de percepção, pondo de lado julgamentos prematuros, como tentar “adivinhar” o que o outro sentia ou pensava, e tentar atuar como “salvadoras”, por se apresentarem como barreiras à comunicação.

É de extrema importância continuarmos focadas em melhorar a nossa relação de ajuda e comunicação com os outros; continuar a desenvolver a nossa capacidade de observação como instrumento de Enfermagem de forma a identificar mais facilmente a resposta/reação da pessoa/cliente à nossa intervenção e presença, devolvendo de forma terapêutica o que sentimos/pensamos; olhar para o outro como “parceiro” nos cuidados, pois a relação terapêutica implica reciprocidade de ambos os lados; e não ter medo de definir limites, pois são importantes para ambos os intervenientes na relação e têm um sentido terapêutico.

Em jeito de conclusão, no que se refere a esta primeira competência, considera-se que desenvolvemos o autoconhecimento, tendo consciência de nós enquanto pessoas e enfermeiras, sabendo estar e viver a relação com os adolescentes/crianças e adultos com doença mental, familiares e equipa multidisciplinar.

Para além da introspeção que realizámos ao longo das semanas de estágio, também realizámos trabalhos de desenvolvimento pessoal, tais como diários de aprendizagem, pesquisas sobre patologias/intervenções de Enfermagem, mecanismos de transferência e contratransferência, participação no Festival Internacional de Cinema e Saúde Mental (FICSAM) conjuntamente com a equipa de Enfermagem da unidade de pedopsiquiatria, debates e discussão com os membros da equipa ou professor/orientadoras sobre a nossa intervenção e forma de estar, numa perspetiva de melhoria, tendo sido proactivas no autodesenvolvimento e no contacto com os/as pessoas/clientes com que nos cruzámos, de modo a crescer como EESMP.

“2 — Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”.

“3 — Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”.

Relativamente às 2ª e 3ª competências citadas, é expectável que o EESMP seja capaz, respetivamente, de recolher informação necessária à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, mobilizando aptidões de comunicação, sensibilidade cultural, técnica de entrevista, de observação do comportamento, revisão dos registos e avaliação dos clientes; assim como de sistematizar, analisar dados, determinar diagnósticos de saúde mental, identificar resultados esperados, e planear e negociar um plano de cuidados com o cliente, de “forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais”, utilizando a gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e assegurar a continuidade dos mesmos (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21428).

Tal como descrito no preâmbulo do Regulamento das Competências do EESMP, as intervenções do EESMP visam

“contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21427).

Durante a realização dos estágios realizados neste percurso formativo foram desenvolvidas intervenções com o objetivo de promover a recuperação e qualidade de vida das pessoas de quem se cuidou, de maneira a serem reinseridas na sociedade de forma produtiva.

Neste caminho com vista à aquisição de competências de EESMP procurou-se construir relações de ajuda com as crianças, adolescentes e adultos, assentes em relações de confiança e uma comunicação terapêutica, promovendo intervenções individuais ou de grupo sempre que possível e com fins terapêuticos, pois é através desta relação e comunicação terapêutica que é possível identificar as necessidades de saúde dos clientes, criando nestes, oportunidades de aprendizagem e sentimentos de confiança, e desta forma, prestar cuidados de Enfermagem em saúde mental que facilitem e ajudem a sua transição para a sociedade de uma forma mais saudável.

Considerando que estas pessoas, se encontravam numa situação de crise no contexto de doença aguda, e tal como Phaneuf (2002) define a especificidade da relação de ajuda e intervenção do enfermeiro neste contexto, a relação de ajuda visa a “compreensão profunda do que vive a pessoa ajudada, da sua maneira de compreender a sua situação e de perceber os meios que dispõe para resolver os seus problemas e para evoluir como ser humano” (Phaneuf, 2002, p. 324).

Assim, quando se consegue estabelecer uma relação de ajuda, Phaneuf (2002) afirma que esta permite à pessoa “compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal” tornando-se mais autónoma (Phaneuf, 2002, p. 324).

Desta forma, torna-se importante esclarecer que, apesar de enquanto futura EESMP ter-se tentado construir uma relação de ajuda com as pessoas de quem cuidámos, não é possível estar sempre em contexto de relação de ajuda, estando muitas vezes no contexto da prestação de cuidados, com base na escuta e compreensão do outro. Pois, tal como Phaneuf (2002) descreve, na relação de ajuda é preciso compreender que o nível de “concentração, a inferioridade e a empatia que este encontro particular exige são estados que não podem ser mantidos a longo termo. (...) nesta relação a enfermeira procura perceber a dificuldade da pessoa ajudada como se a visse com os olhos do outro” (Phaneuf, 2002, p. 325).

Considerando o que foi descrito, e devido a muitos fatores, houve pessoas com os quais se conseguiu manter uma relação mais abrangente e profunda, o que os motivava a confiar mais em nós e a verem-nos como profissionais de referência e a fornecerem-nos informações úteis para a compreensão dos seus problemas.

Assim, um dos principais investimentos promovidos foi na compreensão dos princípios gerais da entrevista e na realização de entrevistas, considerando que é através da entrevista que é possível fazer uma avaliação global da situação, identificar o motivo do internamento e ajudar a

clarificar os problemas e preocupações existentes, assim como o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida do cliente, criando condições para o estabelecimento de uma relação e aliança terapêutica, e posteriormente, planejar e implementar cuidados de acordo com as necessidades identificadas.

Neste âmbito foram implementadas intervenções com os adolescentes/crianças e adultos relacionadas com a sua autogestão e autoconhecimento, treino de competências sociais, gestão do regime terapêutico e situações de crise, prestação de apoio e fornecimento de orientações aos familiares com vista a promover a sua parceria no tratamento e reabilitação do seu familiar, como são exemplos as atividades terapêuticas que desenvolvemos nos vários contextos, que serão exploradas de forma mais minuciosa na próxima competência.

O processo de avaliação do impacto das nossas intervenções exigiu mobilização das capacidades de comunicação, técnica de entrevista e principalmente, da observação dos comportamentos que estas pessoas adotavam após a intervenção, o que para nós foi muito recompensador, pois diversas vezes ouvíamos repetir as palavras que tínhamos usado ou porem em prática técnicas que tínhamos ensinado, fazendo alusão a nós enquanto promotoras desta mudança. Para além disso, a revisão e realização de registos de forma fidedigna, utilizando CIPE 2, que incorporasse os diagnósticos identificados, as intervenções implementadas e os resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem, também foram muito trabalhados, de forma a treinar o pensamento crítico e avaliar/descrever o impacto/respostas dos clientes à intervenção. Assim, também foi importante para nos familiarizarmos cada vez mais com a linguagem utilizada em saúde mental, bem como para dar continuidade ao plano de cuidados.

Neste contexto de continuidade de cuidados, as passagens de turno revelaram-se momentos fundamentais na partilha de conhecimentos e informações entre a equipa de enfermagem, quer das suas histórias de vida, quer das suas necessidades em termos de cuidados, assim como das alterações que ocorreram no seu estado de saúde mental no internamento.

Desta forma, considerando que se trabalha em multidisciplinariedade, a participação, ainda que de forma mais subtil, pelo papel de estudante vivenciado, revelaram-se igualmente momentos fulcrais para o conhecimento das pessoas a quem prestámos cuidados, em que existia partilha de informações obtidas aquando das entrevistas realizadas pelos diferentes profissionais, bem como para o planeamento de estratégias multidisciplinares e sintónicas, promotoras de um ambiente terapêutico seguro e estruturado, com o mesmo objetivo: proporcionar um plano terapêutico adequado às necessidades dos clientes.

Interligado a tudo o que tem sido analisado, também surge o aumento de conhecimentos no que concerne aos passos de uma investigação científica, não só pelo PIS, mas pelo método de resolução de problemas, utilizado para identificar uma necessidade da população e posteriormente agir em conformidade, como é exemplo a atividade terapêutica desenvolvida na unidade de psiquiatria de agudos sobre o autoconhecimento, após identificação do diagnóstico de baixa autoestima na população internada.

No âmbito da 3ª competência, uma das unidades de competências mais desenvolvida está relacionada com a metodologia da gestão de caso em que houve a oportunidade de realizar um estudo de caso sobre uma mulher com perturbação bipolar, Constança (nome fictício). Neste contexto, foi realizada uma extensa avaliação da história de vida e saúde mental da cliente e posteriormente elaborado um plano de cuidados individualizado, em que foi trabalhado com a cliente e os seus familiares todos os momentos de transição desde o internamento até à preparação da alta, com o objetivo de otimizar a saúde mental e ajudar a cliente a recuperar a saúde mental com recurso a várias dinâmicas do contexto em que estávamos inseridas e cuidados do âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, como são exemplos, o treino de competências sociais, resolução de problemas, autogestão e situação de crise. Desta forma, desempenhou-se funções de terapeuta de referência para esta cliente e os seus familiares.

Outra interação significativa neste processo de aquisição de competências e desempenho de função enquanto terapeuta, aconteceu com uma adolescente de 17 anos, Carolina (nome fictício), que acompanhámos praticamente durante todo o seu internamento e com a qual desenvolvemos uma relação de ajuda profunda.

Um dos momentos mais significativos nesta relação, foi o momento da sua alta. Esta adolescente não aceitou facilmente que era o momento de ter alta, descrevendo sentimentos como “medo de si própria”, “insegurança em voltar para casa e estar sozinha”, “não confio em mim”, com uma postura muito tensa, labilidade emocional e choro fácil. Como tal, trabalhamos com a jovem a importância deste processo de transição, incentivando a expressão dos seus sentimentos, medos e inseguranças e a mobilização de todos os instrumentos desenvolvidos durante o internamento, para saber gerir melhor estas dificuldades, promovendo reestruturação cognitiva. Para além disso, também foi trabalhado a importância da adesão ao regime terapêutico e orientada na identificação e no acesso aos recursos de apoio ao seu dispor.

Sentimos que a intervenção junto desta jovem teve um impacto positivo e que a sua transição do internamento para o domicílio e a sociedade, seria mais fácil, pois apesar de manter um

humor apreensivo, apresentava uma expressão facial e postura mais tranquila. Termos sido nós a intervir no final do seu percurso neste internamento, foi muito importante, pois permitiu-nos “terminar” a nossa relação de ajuda e acompanhá-la em todas as fases deste internamento, que era um dos objetivos neste estágio.

Assim, consideramos que no processo de aquisição destas competências foi demonstrado interesse na aquisição de novos conhecimentos, tendo sido realizados diagnósticos de situação, reproduzidos diagnósticos CIPE e planeados cuidados sensíveis aos indicadores de saúde mental, primando por assistir e ajudar quer a criança, adolescente e adulto, quer a sua família, na otimização da saúde mental e reinserção social.

“4 — Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Na 4ª e última competência do EESMP, preconiza-se que o enfermeiro implemente as intervenções identificadas no plano de cuidados, mobilizando cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. Envolve as capacidades do enfermeiro para utilizar estratégias como “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p.21430).

Realizando um balanço de todo o nosso percurso, assim como das competências já descritas e analisadas anteriormente, consideramos que foi uma das competências onde tivemos um maior crescimento e um dos nossos pontos fortes na prestação de cuidados em saúde mental.

A mobilização destes cuidados, permitiu-nos estabelecer relações de confiança e aliança terapêutica com os clientes, assim como aumentar o seu *insight* sobre os problemas e capacitá-los para encontrarem novas vias de resolução para os seus problemas.

Foram desenvolvidas essencialmente competências na esfera da psicoeducação tendo realizado várias atividades terapêuticas que trabalharam vários aspetos fundamentais na recuperação da pessoa com doença mental: autoconhecimento; a importância da esperança e projetos futuros; identificação de forças e fragilidades; como lidar com o uso de drogas; compreender a saúde e desenvolver estratégias para lidar com a mesma; como lidar e identificar uma situação de crise; riscos das redes sociais na adolescência; entre outras, com recurso a vários mediadores.

Interrelacionado com este tipo de intervenção, também foram desenvolvidos processos psicoterapêuticos, socioterapêuticos e reabilitação psicossocial, através da identificação das necessidades dos clientes e adaptação dos cuidados a essas necessidades, aumentando o *insight*, promovendo o *empowerment* e a autonomia, fornecendo os instrumentos necessários para lidar com as suas próprias situações no seu quotidiano, aprenderem a gerir os próprios sentimentos, aderirem ao tratamento e prevenir possíveis recaídas, tendo projetos de futuro.

Assim, é importante referir que apesar de algumas destas intervenções terem sido planeadas após avaliação das necessidades do grupo de clientes ou cliente, muitas vezes eram necessidades que emergiam no grupo e que os próprios pediam à equipa para trabalhar.

Também participámos em várias atividades que foram fulcrais não só para o autoconhecimento, mas para a nossa formação e compreensão da importância, dimensão e do impacto destes cuidados, pondo-nos muitas vezes no lugar da pessoa “cuidada” em vez do papel de “cuidador”. Como são exemplos: reuniões comunitárias semanais que ocorriam em ambos os contextos onde estivemos inseridas, balanço semanal com os adolescentes enquanto dinamizadoras, terapia pela dança e movimento, terapia pela arte, expressão dramática, cineterepia, terapia de relaxamento.

3. Competências de Mestre em Enfermagem

Com vista à obtenção do grau de Mestre é fundamental analisar o modo como a aquisição das competências de Mestre foram adquiridas ao longo do percurso académico, através da descrição das atividades desenvolvidas que permitiram esta aquisição.

Posto isto, serão apresentadas as competências de Mestre em Enfermagem com base no enunciado no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior que determina o grau de Mestre e com base nos objetivos de aprendizagem do Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem em Associação.

“1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.”

A supervisão clínica em Enfermagem assume um papel muito importante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, cuja implementação apresenta benefícios a dife-

rentes níveis, tais como a redução dos níveis de ansiedade, stresse e *burnout*, o desenvolvimento de competências e o aumento da satisfação profissional e a melhoria da qualidade dos cuidados (Rocha, Santos, & Cruz, 2014).

Neste âmbito a OE assume a excelência do cuidar como referência estruturante das competências profissionais, reconhecendo no Modelo de Desenvolvimento Profissional, a importância da supervisão clínica nos contextos de prática clínica e o seu papel no desenvolvimento dos enfermeiros.

Assim, através da supervisão clínica é possível proporcionar apoio profissional e pessoal aos profissionais, estimular o desenvolvimento da perícia clínica, promover a inovação e as boas práticas, assegurar a proteção e segurança do cliente e garantir um elevado nível de qualidade nos serviços (Rocha, Santos, & Cruz, 2014).

Os cuidados em Enfermagem resultam da tomada de decisão do enfermeiro, após reflexão e fundamentação. Assim, considerando que em processo de aprendizagem, esta reflexão está na base do desenvolvimento, pode-se concluir que a supervisão clínica contribui para este processo de aprendizagem e reflexão dos cuidados.

No contexto dos estágios realizados ao longo do Mestrado, bem como das UC lecionadas, como é exemplo “Formação e Supervisão em Enfermagem”, foram desenvolvidas intervenções e atividades com o objetivo de avaliar a pessoa, família e comunidade, considerando as suas necessidades; planeando e implementando intervenções e avaliando os resultados das mesmas, ajustando-as/gerindo-as sempre que necessário. Neste sentido, esta reflexão crítica, envolveu não só conhecimento técnico e científicos, mas também éticos, deontológicos e jurídicos, para uma tomada de decisão segura.

O PIS desenvolvido também promoveu este processo de aprendizagem, o desenvolvimento de competências, a inovação e boas práticas baseadas na evidência científica, principalmente na dinâmica da equipa de Enfermagem da unidade de internamento onde foi realizado o estágio final e consequentemente, na gestão dos cuidados realizados ao adolescente em sofrimento mental.

Todo o percurso realizado para a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem no ramo de especialização de saúde mental e psiquiátrica, teve por base o desenvolvimento de uma prática reflexiva, discussão e análise do vivenciado e a mobilização de conhecimentos, o que contribuiu para o desenvolvimento das competências pretendidas.

“2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”;

Esta competência pode-se considerar como uma competência imprescindível ao crescimento pessoal e profissional do Enfermeiro, na visão de que queremos prestar cuidados de qualidade e diferenciados na nossa prática.

Nesta linha de pensamento da excelência do exercício, esta competência vem de encontro ao enunciado na alínea c) do artigo 109º do CDE “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (CDE, 2015, p.10). Esta competência também se encontra diretamente relacionada com o descrito na competência comum do especialista no domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais que foi analisada de forma mais minuciosa no subcapítulo da “Análise das competências comuns do Enfermeiro Especialista”.

Desta forma, a formação contínua possibilita a atualização e aquisição de conhecimentos, permitindo a consolidação de competências e capacidades ao enfermeiro, emergindo de uma necessidade de autoformação. Como tal, integrar o Mestrado em Enfermagem, por si só, já demonstra esta competência no sentido que foi uma necessidade de formação especializada que emergiu no decurso da atividade profissional e à qual se quis dar resposta, de forma a complementar e melhorar os conhecimentos e competências já adquiridos ao longo da vida pessoal e profissional.

Neste contexto também se procurou participar em todas as oportunidades formativas que surgiram, como é exemplo o FICASSEM; realizou-se pesquisa autónoma sobre vários fenómenos de saúde mental, farmacologia, intervenções de Enfermagem, relação de ajuda e autoconhecimento, entre outros, com a finalidade de melhorar e evoluir na prática.

“3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.”

Uma vez mais, esta competência remete para o artigo 112º do CDE que descreve o dever do enfermeiro em “integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”, assim como para o domínio da gestão dos cuidados das competências comuns do enfermeiro especialista, que como já foi referido na competência anterior, foi abordado em subcapítulos anteriores.

Neste sentido considera-se que esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o percurso neste mestrado, colaborando e integrando as equipas no limite das nossas funções enquanto estudante do mestrado, desenvolvendo competências de comunicação e articulação de cuidados com a equipa, promovendo um ambiente positivo de trabalho no seio da equipa multidisciplinar e colaborando com ideias de melhoria de forma proactiva. Uma vez mais o PIS utilizado levou ao envolvimento da equipa de Enfermagem e consequentemente à equipa multidisciplinar, devido à natureza da implementação do ambiente terapêutico nas unidades de internamento.

“4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.”

Esta competência cruza-se com as competências anteriormente analisadas nas competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Assim, o agir profissional do enfermeiro consiste numa prática de atos em resultado do processo de tomada de decisão, pelos quais o enfermeiro é responsável nas dimensões ética, deontológica e jurídica (Deodato, 2008).

Portanto, assume-se a importância que o enfermeiro especialista, enquanto profissional com competências acrescidas, neste caso na área da saúde mental e psiquiátrica, e o Mestre em Enfermagem, tenham elevados níveis de julgamento crítico e saibam fundamentar em conhecimentos científicos, teóricos, éticos, deontológicos e jurídicos a sua tomada de decisão. Desta forma, ao longo de todo este processo, não só durante o estágio, mas também nas UC lecionadas no Mestrado, primou-se por desenvolver conhecimentos não só sobre os fenómenos de saúde/doença mental, mas também da contextualização jurídica, deontológica e ética dos cuidados, e na prestação de cuidados baseados na evidência científica em Enfermagem.

Neste sentido, emerge a necessidade de continuar a apostar na formação contínua e investigação, para uma prática baseada na evidência científica e melhoria das práticas e qualidade dos cuidados.

“5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.”

“6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.”

As duas últimas competências do rol de competências a serem desenvolvidas pelo Mestre em Enfermagem serão analisadas conjuntamente, pelo percurso desenvolvido ao longo do Mestrado e estarem interligadas.

Tal como descrito na introdução deste relatório, a PBE caracteriza-se por uma abordagem dirigida à prática clínica e à fundamentação desta prática, através do conhecimento atualizado e evidência científica (Souza et al, 2010).

Uma profissão complexa como a de Enfermagem pressupõe uma formação que permita o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, de forma a permitir adaptação às mudanças e evoluções que surgem, sendo imprescindível o desenvolvimento de conhecimento baseado na evidência científica.

Neste sentido, todo o processo realizado no contexto do PIS desenvolvido, desde a identificação da problemática; à revisão integrativa de literatura realizada como metodologia que proporciona a síntese do conhecimento sobre a intervenção do enfermeiro na promoção do ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental e a incorporação da aplicabilidade dos resultados deste estudo na prática clínica; e posteriormente, a realização da formação em serviço e a sua avaliação, contribuiu para a aquisição destas competências de Mestre, e principalmente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e consequentemente, ganhos em saúde.

Por fim, a realização do artigo sobre o “Ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental: Revisão integrativa”, que foi submetido para a revista RIASE, também surge como uma prática que contribui para a investigação da prática de Enfermagem baseada na evidência e para a formação dos pares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório pretendeu aglomerar num documento todo o percurso ao longo deste Mestrado em Enfermagem, evidenciando as aprendizagens, as experiências vivenciadas, o processo de aquisição das competências quer de especialista, quer de mestre, assim como de todo o caminho percorrido no desenvolvimento do Projeto de Intervenção em Serviço.

Este PIS teve por base uma problemática identificada na unidade de internamento onde houve oportunidade de realizar o estágio final, e recorrendo aos pressupostos da metodologia do trabalho de projeto, foi definida uma questão de investigação, a partir da qual foram delineados os objetivos e pesquisada a evidência científica sobre a temática.

A utilização do *milieu therapy* enquanto instrumento terapêutico nas unidades de internamento de psiquiatria, e especialmente em unidades de internamento de saúde mental infanto-juvenil, é uma condição necessária e indispensável para a otimização da saúde mental e reintegração na comunidade, pela estrutura e segurança que transmite ao cliente.

Neste sentido, o adolescente que experiencia sofrimento mental, muitas vezes exprime-se com sintomas e problemas relacionais e de comportamento, sendo importante que sejam integrados em terapias ajustadas e adequadas para a sua idade, bem como ocupações, atividades e programas educativos.

Uma vez que os profissionais de Enfermagem prestam cuidados às pessoas por um período mais longo do que qualquer outro profissional, sendo ambos diretamente afetados pelo ambiente, a responsabilidade major pela criação e manutenção do ambiente terapêutico é da equipa de Enfermagem, sendo importante compreender os fundamentos das suas intervenções e tomada de decisão (Taylor, 1992).

Considerando que o trabalho numa unidade de internamento implica o envolvimento do *self* como instrumento da terapia, sendo um processo exigente, dado que a equipa atua num complexo jogo de papéis que inclui “atitudes de *quasiparenting*”, processos de transferência e contra-transferência e muitos desafios imprevisíveis, verificou-se que o ambiente terapêutico deve ser “avaliado, autoavaliado e supervisionado, sob pena de deterioração”, sendo que esta deterioração previne-se com supervisão e suporte (Monteiro, 2014, p. 445).

Assim, após a realização da revisão integrativa de literatura, foi possível dar resposta à pergunta de investigação elaborada – Quais são as intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico no internamento do adolescente em sofrimento mental? – sendo que se identificou que no contexto de internamento de adolescentes em sofrimento mental, o enfermeiro deve promover intervenções nas esferas cognitiva, comportamental e afetiva, assentes em quatro níveis fundamentais do ambiente terapêutico: segurança, suporte, estrutura e autogestão. Desta forma, a transição do adolescente de uma situação de crise e sofrimento mental com necessidade

de internamento, para a sociedade, será realizada mais facilmente, fornecendo-lhe todos os instrumentos necessários para lidar com as suas emoções e pensamentos, e posteriormente, desenvolver respostas comportamentais mais ajustadas ao seu quotidiano.

Neste contexto, o papel do EESMP na manutenção do ambiente terapêutico, ganha um relevo ainda maior, pois cabe a estes profissionais, intervir de forma diferenciada e ajudar os adolescentes que sofrem alterações na sua funcionalidade, a vivenciarem processos de transição da forma mais saudável, promovendo respostas humanas mais ajustadas, no decurso das suas competências acrescidas em saúde mental e psiquiátrica.

Contudo, também se verificou através dos achados pela RIL, que é de extrema importância contribuir para a investigação no âmbito da promoção do ambiente terapêutico, assim como das intervenções que o EESMP realiza e que promove a aplicabilidade do ambiente terapêutico de forma estruturada e saudável, visto a importância que a terapia pelo meio assume no tratamento destes jovens, e consequentemente, ter ganhos em saúde.

Neste contexto, sugere-se a importância de continuar a promover investigação e desenvolver um instrumento de avaliação/*Check-list* que permita estruturar e suportar o ambiente terapêutico nas unidades de internamento.

A partilha destes conhecimentos através da formação em serviço, para além de ter sido importante para a equipa do contexto onde foi realizada como foi possível verificar pela avaliação da formação, também se constituiu como muito importante neste caminho de especialista e de mestre, considerando que na procura da excelência do exercício profissional, o enfermeiro deve contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados, promovendo a melhoria contínua da qualidade da prática em Enfermagem baseada na evidência.

Ao longo desta caminhada, foi essencial a existência de um quadro referencial que servisse de base para o exercício profissional de Enfermagem, como são exemplos a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e a Teoria das Transições de Meleis, que tão bem descrevem o papel do enfermeiro enquanto terapeuta no cuidado holístico da pessoa e os ganhos em saúde, bem como a compreensão da pessoa e processos de transições, considerando que na procura pela otimização da saúde mental, torna-se importante que ocorram processos de transição saudáveis, e isso só é possível se o cliente incorporar novos conhecimentos que resultem em alterações comportamentais, que provocam uma mudança em si mesmo (George, 2000; Meleis, 2010).

Ao longo deste percurso existiram muitas dificuldades, quer na elaboração deste projeto, pela dificuldade em encontrar artigos recentes sobre o ambiente terapêutico e sobre as intervenções do enfermeiro, e especialmente do EESMP, que promovem o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes, pela escassa literatura que há acerca desta temática; quer no processo de aquisição das competências de mestre e especialista, pela audácia e coragem que exigiu, para nos confrontarmos com os nossos receios, problemas e inseguranças, procurando conhecer-nos melhor para podermos ser melhores no cuidado ao outro.

No decorrer deste caminho percorrido, foi realizado um artigo, com o tema “O Ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental: Revisão integrativa”, que foi submetido para análise na revista RIASE, também numa perspetiva de contribuir para uma prática baseada na evidência e literatura acerca desta temática.

Posto isto, considera-se que os objetivos traçados para este relatório foram amplamente alcançados, traduzindo-se numa aprendizagem de gestão de projetos e desenvolvimento de competências e conhecimentos essenciais para a prática de Enfermagem, através do processo de reflexão evidenciado, e para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem no ramo da saúde mental e psiquiátrica.

Por último, o EESMP deve ter um papel proactivo na promoção da saúde mental, atuando na prevenção, tratamento e reinserção da pessoa, grupos ou comunidade; assim como na investigação, principalmente no que se refere à sua área de atuação, como é exemplo a promoção do ambiente terapêutico.

No caminho da procura pela excelência na prestação de cuidados, o enfermeiro deve continuar a promover a aquisição de competências e a melhorar a sua intervenção. Assim, esta caminhada para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem no ramo de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica deverá ser o início de um novo caminho em Enfermagem para nós, no que concerne à saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alegre, M. (2008). Alma. Leyaf;
- ✓ American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ªed.). Washington, DC: APA;
- ✓ Arantes, E., Stefanelli, M., & Fukuda, I. (1981). Estabelecimento de limites como medida terapêutica de relacionamento enfermeira-paciente. *Rev. Esc. Enf. USP*, 155-160;
- ✓ Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra. Coimbra: Quarteto Editora;
- ✓ Conselho Nacional de ética para as Ciências da Vida. (Fevereiro de 2014). *Parecer sobre Bioética e Saúde Mental 77/CNECV/2015*. Obtido em: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1413213598_Parecer%2077%20CNECV%202014%20Aprovado.pdf
- ✓ Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (s.d.). *Memorando Bioética e Saúde Mental*. Obtido em: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1413213552_P%2077%20Saude%20Mental%202014%20MEMO-RANDO.pdf
- ✓ Decreto de Lei nº 161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª A Série. nº 205 (1996-09-04), 2959-2962;
- ✓ Decreto-Lei nº 156/2015. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, I Série. Nº181 (2015-09-16), 8059-8105;
- ✓ Decreto-Lei nº 48/90. (1990). Leis de bases da Saúde. Diário da República, I Série. Nº 195 (1990-08-24), 3452-3459;
- ✓ Decreto-Lei nº63/2016. (2016). Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, 1.ªsérie, nº176 (13 de Setembro de 2016), 3519-3191;
- ✓ Delaney, K. (2006). Top 10 Milieu Interventions for Inpatient Child/ Adolescent Treatment. *J Child Adolescent Psychiatric Nursing*, 19, 203-214;
- ✓ Delaney, K. (2018). Nursing in child psychiatric milieus: What nurses do: An Update. *J Child Adolescent Psychiatric Nursing*, 30, 201-208;
- ✓ Deodato, S. (2008). *A Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Edições Almedina;
- ✓ Dias, J. (2004). *Formadores: Que desempenho?* (Vol. 1ª). Loures: Lusociência;
- ✓ Direção-Geral de Saúde. (2017). Plano Nacional para a Saúde Mental. Direção-Geral de Saúde;

- ✓ Direção-Geral Saúde. (2018). *Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Obtido em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/10/RRH-Psiquiatria-da-Infancia-e-da-Adolescencia-Aprovada-09-10-2018.pdf>
- ✓ Ferreira, C. (2015). *Gestão em Enfermagem e a Formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto;
- ✓ Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência;
- ✓ George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- ✓ Kyes, J., & Hofling, C. (1985). *Conceitos básicos em Enfermagem Psiquiátrica*. Interamericana;
- ✓ Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 22, 5-55.;
- ✓ Lopes, A., & Nunes, L. (1995). *Acerca da trilogia de competências profissionais - qualidade dos cuidados – Ética*. Obtido em: https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/trilogia_1995.pdf
- ✓ Matos, A. C. (2011). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi;
- ✓ Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company;
- ✓ Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel;
- ✓ Nunes, L. (2006). *Justiça, Poder e Responsabilidade: Articulação e mediações nos cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência;
- ✓ Nunes, L. (2009). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusodidacta;
- ✓ Nunes, L. (2014). Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental: Da publicação às compreensões*. Setúbal;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Organização Mundial de Saúde. (1986). *Young People's Health – a Challenge for Society: Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Geneva: Organização Mundial de Saúde;

- ✓ Organização Mundial de Saúde. (2001). *Strengthening Mental Health Promotion*. Geneva: Organização Mundial de Saúde;
- ✓ Pereira, P., & Botelho, M. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem* Vol. 18 N.2;
- ✓ Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência;
- ✓ Rego, A., Cunha, M., Gomes, J., Cunha, R., Cardoso, C., & Marques, C. (2008). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Sílabo;
- ✓ Regulamento nº.515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª. série, nº. 151 (7 de Agosto de 2018), 21427-21430;
- ✓ Regulamento nº140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ªSérie. nº 26 (6 de Fevereiro de 2019), 4744-4750;
- ✓ Rocha, A., Santos, M., & Cruz, S. (2014). Supervisão clínica em enfermagem: estratégia potenciadora da excelência dos cuidados. *Congresso Internacional de Supervisão Clínica*;
- ✓ Santos, M. d. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes – Identificar, Avaliar e Intervir*. Lisboa: Sílabo.
- ✓ Silva, A., & Deus, A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 151-172.
- ✓ Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. d. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, 8, 102-106.
- ✓ Subtil, C. (1988). Formação permanente em Enfermagem: Princípios orientadores. *Enfermagem*, 2/3, 37-40.
- ✓ Taylor, C. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. Porto Alegre – Artes Médicas.
- ✓ The Joanna Briggs Institute. *The JBI Approach*. Obtido em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- ✓ Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas;

- ✓ Voogt, L. A., Nugter, A., Goossens, P., & Achterberg, T. (2013). Providing Structure as a Psychiatric Nursing Intervention: A Review of the Literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, 278-287.

APÊNDICES

Apêndice I – Artigo RIASE: Revisão Integrativa de Literatura sobre o Ambiente Terapêutico no Internamento de Adolescentes em Sofrimento Mental

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

AMBIENTE TERAPÊUTICO NO INTERNAMENTO DO ADOLESCENTE EM SOFRIMENTO MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA

THERAPEUTIC ENVIRONMENT IN THE INTERNATION OF ADOLESCENT IN MENTAL SUFFERING: INTEGRATIVE REVIEW

AMBIENTE TERAPÉUTICO EN EL INTERNO DEL ADOLESCENTE EN SUFRIMIENTO MENTAL: REVISIÓN INTEGRATIVA

Lino Ramos Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde, IPS, Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (lino.ramos@ess.ips.pt)

Diana Cunha Enfermeira generalista, Estudante do Mestrado no ramo de Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria (diana.cunha07@gmail.com)

RESUMO

Objetivo: Esta revisão integrativa de literatura pretende investigar quais são as intervenções de Enfermagem que promovem o ambiente terapêutico no internamento de adolescentes em sofrimento mental, promovendo o pensamento reflexivo e contribuindo para a melhoria da prática clínica baseada na evidência científica. **Métodos:** Foram incluídas 3 revisões sistemáticas de literatura, no horizonte temporal de 2006 a 2018, nas bases EBSCO e B-ON. **Resultados:** Surgem como principais processos terapêuticos que organizam as intervenções de Enfermagem no ambiente terapêutico a segurança, estrutura, suporte e autogestão, nas quais estão integradas intervenções das esferas comportamental, cognitiva e afetiva. **Conclusões:** A terapia pelo meio tem sido inadequadamente investigada e desenvolvida pelos Enfermeiros ao longo destes anos, existindo escassa literatura que suporte as intervenções de enfermagem que promovem um ambiente terapêutico saudável e estruturado, principalmente no internamento de adolescentes. É unânime a necessidade de promover investigação em Enfermagem que suporte o *milieu therapy*, contribuindo para a melhoria contínua da prática em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Palavras-Chave: Ambiente terapêutico; adolescente em sofrimento mental; intervenção de Enfermagem

ABSTRACT

Objective: This integrative literature review aims to investigate which Nursing interventions promote a therapeutic environment in the hospitalization of adolescents in mental suffering, promoting reflective thinking and contributing to the improvement of clinical practice based on scientific evidence. **Methods:** Were included 3 systematics review of the literature, in the time horizon from 2006 to 2018, in the databases EBSCO and B-ON. **Results:** The main therapeutic processes that organize Nursing interventions in the therapeutic environment are safety, structure, support and self-management, in which behavioral, cognitive and affective interventions are integrated. **Conclusions:** The milieu therapy has been inadequately investigated and developed by the Nurses over the years, and

there is a lack of literature that supports nursing interventions that promote a healthy and structured therapeutic environment, especially in the hospitalization of adolescents. It is unanimous the need to promote nursing research that supports milieu therapy, contributing to the continuous improvement of the practice in Mental Health Nursing and Psychiatry.

Key-words: Therapeutic environment; adolescent in mental suffering; nursing intervention

RESUMEN

Objetivo: Esta revisión integrativa de literatura pretende investigar cuáles son las intervenciones de Enfermería que promueven un ambiente terapéutico en el internamiento de adolescentes en sufrimiento mental, promoviendo el pensamiento reflexivo y contribuyendo a la mejora de la práctica clínica basada en la evidencia científica. **Método:** E han incluido 3 revisiones sistemática de literatura, en el horizonte temporal de 2006 a 2018, en las bases EBSCO y B-ON. **Resultados:** Surgen como principales procesos terapéuticos que organizan las intervenciones de Enfermería en el ambiente terapéutico la seguridad, estructura, soporte y autogestión, en las cuales están integradas intervenciones de las esferas comportamental, cognitiva y afectiva. **Conclusiones:** La terapia por el medio ha sido inadecuadamente investigada y desarrollada por los enfermeros a lo largo de estos años, existiendo falta de literatura que apoye las intervenciones de enfermería que promueven un ambiente terapéutico sano y estructurado, principalmente en el ingreso de adolescentes. Es unánime la necesidad de promover investigación en Enfermería que soporte el milieu therapy, contribuyendo para la mejora continua de la práctica en Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría.

Palabras clave: Ambiente terapéutico, adolescente en sufrimiento mental, intervención de enfermería